

FACULTE DE MEDECINE
BICHAT-BEAUJON
UNIVERSITE PARIS VII

ANNEE 1971

THESE

N^o

13

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Gérard SIETY

Né le 30 juin 1936 à PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

ETUDE DES FORMES ACTUELLES DE LA FIEVRE TYPHOIDE

A L'HOPITAL INTERNATIONAL DE L'UNIVERSITE DE PARIS

de 1964 à 1970

Président : M. VIC DUPONT, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
BICHAT-BEAUJON
UNIVERSITE PARIS VII**

ANNEE 1971

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Gérard SIETY

Né le 30 juin 1936 à PARIS

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

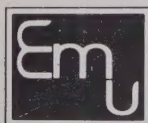
ETUDE DES FORMES ACTUELLES DE LA FIEVRE TYPHOIDE

A L'HOPITAL INTERNATIONAL DE L'UNIVERSITE DE PARIS

de 1964 à 1970

Président : M. VIC DUPONT, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIMIE GÉNÉRALE

PARIS 1931

1931

1931

1931

DOCTEUR EN MÉDECINE



STUDIOS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIMIE GÉNÉRALE

1931

PARIS 1931

EDITIONS MEDICAE



EDITIONS MEDICAE

A mes Parents

Qu'ils trouvent ici le témoignage de mon affection et de
ma gratitude.

A ma Femme

A mes enfants

A mon Frère et à sa Famille

A Françoise, Martine et Marie-Laurence LAMY

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur VIC - DUPONT

Professeur à la clinique de réanimation médicale de l'Hôpital

Claude Bernard

Commandeur de la Légion d'Honneur

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre
reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur LACOURBE

Médecin Directeur de l'Hôpital International de l'Université
de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous
a aidé de ses conseils bienveillants.

A Monsieur le Docteur JACQUES

Médecin Directeur de l'Hôpital International de l'Université
de Paris

Out nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous
a aidé de ses conseils bienveillants.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Docteur RACT

Qui nous a dirigé et encouragé et dont les avis
éclairés nous ont permis de mener à bien ce travail,
Nous lui prodiguons nos plus vifs remerciements.

Aux Docteurs TRIC et ASSELOT

Qui nous ont fait l'honneur de nous accueillir et
de guider nos pas dans la pratique de la médecine.

Aux Docteurs ABIVEN et BONFANTE

Qu'ils trouvent ici notre reconnaissance et notre
estime.

A tous les médecins de l'Hôpital International de l'Université
de PARIS.

A tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux

A notre Jury de Thèse

Qui nous ont fait le très grand honneur de juger
notre travail. Nous avons essayé de mériter la
confiance qu'ils ont bien voulu nous accorder.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre grati-
tude pour leur accueil bienveillant et la haute
valeur de l'enseignement qu'ils nous ont dispensé.

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde est connue depuis fort longtemps. Elle est considérée comme de "diagnostic facile à condition d'y penser". Nous avons voulu, à propos de vingt observations, savoir si cet adage était toujours vrai.

Nous avons cherché à établir la fréquence de la maladie dans le cadre de l'Hôpital International de l'Université de Paris, à étudier ses signes de début actuellement, la fréquence et l'aspect de ses complications, enfin la thérapeutique et le devenir des malades.

Nous ferons d'abord un bref rappel historique, puis nous exposerons vingt observations de fièvre typhoïde et paratyphoïdes traitées à l'Hôpital International de l'Université de Paris entre 1964 et 1970, et enfin nous commenterons le tableau récapitulatif des signes de début et de l'évolution de la maladie.

A l'occasion de ces commentaires, nous exposerons quelques idées récentes sur l'immunité et l'origine des rechutes.

HISTORIQUE ET DONNEES ACTUELLES

Avec Messieurs le Professeur Agrégé BAYLON et le Docteur HYGONOT, nous considérerons quatre étapes dans la connaissance de la maladie.

I. Etape anatomo-clinique

En 1739 HUXHAM distingue du groupe des fièvres putrides une "fièvre lente nerveuse".

En 1804, PROST décrit des ulcérations de l'intestin grêle chez les sujets décédés de "fièvres muqueuses atoxiques ou adynamiques".

Peu de temps après (1811), PETIT et SERRES parlent de "fièvre entéro-mésentérique" dont ils décrivent trois variétés : simple, boutonneuse et ulcéreuse.

En 1820, BRETONNEAU montre qu'il s'agit d'un même processus inflammatoire observé à des stades différents de son évolution. A cette affection éruptive à siège intestinal, il donne le nom de DOTHIESENTHERIE.

En 1829, LOUIS réalise la synthèse anatomo clinique de la maladie que CHAMEL appellera, en 1834, FIEVRE TYPHOIDE.

II. Etape des recherches étiologiques

Il faut attendre 1873 pour que les observations de BUDD, PETTENKOFFER et TROUSSEAU démontrent le caractère contagieux et épidémique de la maladie.

En 1880, EBERTH découvre le Bacillus typhosus dans les plaques de PEYER, les ganglions mésentériques et la rate des malades.

GAFFKY isole le germe et décrit ses principaux caractères biologiques 1883-1884.

La spécificité de ce germe apparaît certaine avec les travaux de CHANTEMESSE, WIDAL et VINCENT.

En 1896, le séro-diagnostic de WIDAL vient confirmer la spécificité

du bacille d'EBERTH et permet un diagnostic facile de la maladie au cours du second septennaire.

Dans le même temps ACHARD et BENSAUDE découvrent des bacilles paratyphiques chez des malades atteints de fièvre typhoïde et présentant des arthrites suppurées et une pyurie.

En 1900, SCHOTTMULLER et CASTELLANI apportent un nouveau procédé de diagnostic : l'hémoculture. A partir de là, on considérera les lésions de l'entérite typhique comme secondaires à une infection septicémique dont les plaques de PEYER représentent la localisation la plus élective.

La conclusion de ces recherches aboutit à la mise en évidence de trois variétés étiologiques d'un même syndrome typhoïdique commun dont les caractères sont si semblables que seul le laboratoire parvient à les distinguer.

III. Etape des études épidémiologiques et des réalisations prophylactiques

L'élimination des germes par les déjections après la phase septicémique amène à la notion de porteur de germe (malade, convalescent, sain) et fait comprendre le mode de contamination directe ou indirecte.

De là l'isolement des bacillifères et la désinfection de leurs déjections et aussi la distribution d'eau pure ou préalablement épurée dans les villes, mesures qui réduisent rapidement la morbidité typhoïdique en France.

Le point culminant de cette étape étant, dès 1914, la vaccination rendue possible - et obligatoire dans l'armée - par les travaux de CHANTEMESSE et H. VINCENT.

IV. Orientation actuelle des recherches

Les travaux ont surtout porté sur l'étude des antigènes toxiques du groupe Salmonella tant à l'étranger qu'en France :

- Séro-diagnostic de Félix
- Détection des porteurs de germes par le séro-diagnostic Vi
- Rigueur plus grande des enquêtes épidémiologiques grâce au typage des germes par un bactériophage adapté à un antigène déterminé.

La maladie apparaît alors plus comme une toxémie que comme une septicémie.

Cependant, des études américaines récentes de R.B. HORNICK, S.E. GREISMAN, T.E. WOODWARD et Coll. sur l'infestation expérimentale ont montré que tout

n'était pas dit à ce sujet : en effet, accoutumée à des doses importantes d'endotoxine, les sujets infestés n'en sont pas moins sujets aux manifestations cliniques habituelles de la maladie portées jusque là sur le compte de la toxémie.

Monsieur THO ... Patrick, 22 ans, étudiant de nationalité française est admis à l'H.I.U.P. le 18 Janvier 1970, à la demande de son médecin, pour état infectieux.

La maladie évolue depuis le début de janvier 1970 :

- apparition d'abord de selles diarrhéiques
- puis fièvre et douleurs de la fosse iliaque droite (à partir du 9 janvier)

Monsieur THO ... ne s'inquiète pas et prend un peu d'acide acétylsalicylique.

Tous les soirs, il a de grands frissons et se sent fébrile. Quelquefois, mais plus rarement, il ressent les mêmes symptômes pendant la journée.

Il se plaint d'une sudation importante, d'anorexie, d'insomnie.

Le 14 Janvier, il a, à deux reprises, une sensation de malaise très intense, sans perte de connaissance (mais il faut noter à ce propos que le malade n'avait pas mangé depuis 36 heures).

Un traitement par carbosalicylate, quinine et acide ascorbique n'ayant pas non plus amené d'amélioration, il consulte son médecin qui le dirige sur l'H.I.U.P. où il est hospitalisé aussitôt.

A l'entrée, le malade est agité, il se plaint d'anorexie, d'insomnie. Il est fébrile (39°8) avec pouls dissocié (100-110) il a des selles diarrhéiques (7 ou 8 par jour) liquides, fécales.

On constate, à l'examen, une tension artérielle normale (12 - 7), une splénomégalie nette, une fosse iliaque droite gargouillante. Pas d'hépatomégalie.

Il a, sur l'abdomen, de petites taches rosées lenticulaires, surélevées, non prurigineuses, d'environ 1 mm de diamètre, effacées par l'étirement de la peau.

L'anamnèse retrouve enfin l'absorption d'huitres "de mauvaise qualité" vers la fin du mois de décembre 1969. Il est le seul qui en ait mangé.

Enfin, il n'a pas été vacciné contre la fièvre typhoïde.

Monsieur THO ... n'a pas d'antécédent notable, et depuis l'âge de 8 ans (séjour à Casablanca au Maroc entre 1952 et 1955) il n'est pas sorti d'Europe du Nord.

On fait un hémogramme en urgence : il montre une absence d'hyperleucocytose

7 500 G.B. 24 % Lymphocytes

73 % P.N. 3 % Monocytes

0 P.E. et P.B.

La V.S. est : 46 à la 1ère heure

73 à la 2ème heure

L'Hématocrite est de 37 %

L'Urée sanguine est 0,30 g par litre

La Glycémie 1,12 g par litre

Il n'existe ni albuminurie ni glycosurie.

Devant ce tableau, après plusieurs hémocultures et coprocultures, on commence sur le champ un traitement par Chloramphénicol per os à doses progressives :

0,25 g le 18

0,50 g le 19

1 g le 20

1,50 g le 21

2 g du 22 janvier au 3 février inclus.

Dès le 21, le séro-diagnostic T.A.B. justifie la thérapeutique :

- positif en B (H) au 1/100 et 1/200

- négatif en B (O), T (O) et (H), A (O) et (H)

(prélèvement du 19 Janvier, 10 jours après le début de la fièvre).

Le lendemain, la présence d'un peu de sang rouge dans les selles inquiète quelque peu, mais un hématoctrite à 39 % et la rectoscopie montrant l'existence de varices hémorroïdaires (ainsi que d'une muqueuse de colite atrophique avec réseau vasculaire développé) font plutôt penser à une ulcération thermométrique minime (non retrouvée).

Le 22, trois des hémocultures faites à l'entrée, poussent :

SALMONELLA TYPHI

Un nouvel hémogramme montre :

4 100 000 G.R. 8 % P.L.

7 100 G.B. 3 % G.L.

89 % P.N. 0 Monocytes

0 P.E. et P.B.

L'Hématocrite est 39 %.

Toutes les coprocultures sont négatives (absence de staphylocoques pathogènes, de salmonelles, de shigelles). L'une d'entre elles montre la présence de candida (d'où traitement du malade par nystatine).

Le 26, apyrexie après une chute en lysis de la température amorcée depuis le 19 Janvier. L'état général est excellent. Il n'y a plus ni fièvre ni insomnie, ni diarrhée, ni splénomégalie. Les taches rosées abdominales ont disparu depuis plusieurs jours.

Enfin le 3 février, on arrête le traitement par chloramphénicol et, l'apyrexie et le bon état général persistant, le malade peut sortir le 6 février, après guérison.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde, fortement évoquée sur les signes fonctionnels (anorexie, insomnie) cliniques (fièvre, pouls dissocié, diarrhée, splénomégalie, taches rosées abdominales) ainsi que sur l'hémogramme (absence d'hyperleucocytose) et l'anamnèse (absorption d'huîtres).

Elle est très vite confirmée par le séro-diagnostic T.A.B., les hémocultures positives, l'efficacité du traitement par chloramphénicol.

Il est à noter toutefois que :

- il n'y a pas correspondance entre le séro-diagnostic T.A.B. (+ en B (H) et les hémocultures (présence de salmonella typhi).
- les coprocultures ont toutes été négatives.

Le traitement par chloramphénicol a été parfaitement efficace (16 jours dont 12 à raison de 2 grammes par jour per os).

Enfin le malade est sorti guéri le 6 février 1970. L'évolution a été simple sans complication.

OBSERVATION N° 2

I83.992

Monsieur Cha ... Samih, 27 ans, étudiant en droit, Libanais, en France depuis le 28 Août 1969, ayant séjourné très récemment au Liban, entre le 22 Septembre 1969 à l'H.I.U.P. pour syndrome fébrile avec hépatomégalie et splénomégalie.

La fièvre semble exister depuis le 14 Septembre, avec, au début, une petite toux amenant une douleur épigastrique en barre. Le malade se plaignait à ce moment de céphalées, d'une sudation très importante, l'obligeant à se changer une ou plusieurs fois par nuit, enfin de quelques sensations vertigineuses.

Il n'a pas eu de frissons et n'a pas pris sa température jusqu'à l'hospitalisation.

Le 16 Septembre, il consulte un médecin qui lui conseille :

- sulfaméthoxydiazine
- acide acétylsalicylique
- quinine
- acide ascorbique

Ce traitement n'amenant pas d'amélioration, le malade est admis à l'Hôpital Universitaire.

A son arrivée, il est présent (sans tупhos), il se plaint de céphalées, il transpire.

Il a une température à 38° avec pouls non dissocié (90) mais dès le lendemain, température 40°3 avec pouls dissocié (100 - 110). La tension artérielle est normale : 11/7.

L'examen clinique montre :

- une splénomégalie très importante
- une hépatomégalie (hauteur du foie 13 cm sur la ligne mamelonnaire)
- une fosse iliaque droite gargouillante
- deux petites taches rosées abdominales mais celles-ci ne sont pas surélevées, ne s'effacent pas à la vitropression, et persisteront pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Il n'y a ni diarrhée ni épistaxis. L'examen neurologique est strictement normal, il n'existe aucun signe d'atteinte méningée.

Un hémogramme fait en urgence montre une leucopénie nette contrastant avec la température :

3 320 G.B.

67 % P.N.

0 P.E. et P.B.

28 % P.L.

3 % G.L.

2 % Monocytes

L'hématocrite est de 40 %

Le lendemain :

4 800 G.B.	27 % P.L.
60 % P.N.	10 % G.L.
0 P.E. et P.B.	3 % Monocytes

Vitesse de sédimentation : 41 à la 1ère heure

71 à la 2ème heure

D'autres prélèvements sont faits pour hémocultures et frottis sanguins ainsi que goutte épaisse (4 de ces dernières faites entre le 23 et le 25 seront négatives).

L'Urée sanguine : 0,38 g par litre et les transaminases (SGOT 27 U, SGPT 16 U) sont normales.

Il existe une petite thrombocytopénie (123 000 plaquettes par mm^3).

Quatre hémocultures sont négatives dès le 25 Septembre.

L'Intra-Dermo-Réaction à la tuberculine (à 10 puis à 50 unités) est négative.

Un séro-diagnostic de Wright est négatif.

Le bilan hépatique apporte peu de choses :

Phosphatases alcalines 1,4 U.B.	Mac Lagan 10 U.V.
Bilirubine totale 6 mg/litre	Closs 3
Bilirubine libre 6 mg/litre	Kunkel Zinc31 U.V.
	Gros - à 1,9 ml

Red Colloïdal test 0

L'électrophorèse des protides est :

Albumine : 65 %	α_1 globulines : 3 %
	α_2 : 4 %
	β : 11 %
	γ : 17 %

Le 25 Septembre, il se produit une défervescence brutale (36°5 le soir) avec T.A. normale (10/7). Mais dès le lendemain, la température remonte à 39° puis à 40°4 et 40°5 les 27 et 28.

L'Hémogramme (25 Septembre) n'a pas cessé de montrer une leucopénie :

4 150 000 G.R.	12 % P.L.
4 500 G.B.	19 % G.L.
63 % P.N.	5 % Monocytes
1 % P.E.	
0 P.B.	

L'Hématocrite est de 43 %.

Le 26 Septembre, l'examen de fond d'oeil montre, dans l'oeil droit, un petit exsudat périvasculaire près de l'artère temporale supérieure et interne ;

un exsudat inférieur montrant une hémorragie et dû au syndrome septicémique; et dans l'oeil gauche un exsudat arrondi inféro-interne évoquant un tubercule de Bouchut.

(D'autres examens de fond d'oeil faits les 1er, 14 et 24 octobre montrent une résorption progressive - des images évoquant les tubercules de Bouchut - des exsudats).

Devant la persistance des céphalées, on fait, le 27 Septembre, une ponction lombaire :

Albumine : 0,55 g par litre

Glucose : 0,63 g par litre

Chlore : 104 mEq par litre

2 éléments par mm³ avec prédominance de lymphocytes

Culture négative.

Le taux de prothrombine est de 65 %

Un myélogramme fait le 29 Septembre montre :

Séries Granulocytaires :

Neutrophile	(promyélocytes	1 %	Eosinophile	(myélocytes	0,5 %
	{ myélocytes	18 %		{ métamyélocytes	0,5 %
	{ métamyélocytes	17 %		{ polynucléaires	2 %
	{ polynucléaires	30,5 %			

Séries Mégacaryocytaires :

présence de mégacaryocytes

Série Rouge

proérythroblastos 0,5 %

érythroblastos

basophiles 1 %

polychromatophiles 4 %

acidophiles 5 %

Série non myéloïde

lymphocytes 17,5 %

monocytes 1,5 %

plasmocytes 1 %

Mitoses

lignée blanche 0,5 %

lignée rouge 0,5 %

Absence de leishmania et de plasmodium malariae.

Le 30, une laparoscopie conclut à une hépatomégalie congestive et une ponction biopsie hépatique montre l'absence d'une parasitose et de lésions spécifiques sur un foie d'apparence subnormale avec une très discrète congestion capillaire.

Dans l'hypothèse d'une tuberculose généralisée (bien que l'intra-dermo-réaction à 10 puis à 50 unités soit négative et malgré l'absence de lésion sur les radiographies pulmonaires et à la ponction biopsie hépatique) on traite alors ce malade par isoniazide (600 mg par jour) et éthambutol (7 comprimés).

On a la satisfaction d'observer une défervescence rapide. Cependant la sudation ne cesse pas, et, 17 jours plus tard, le malade a une température de 38°3 sous traitement.

Le 3 Octobre une recherche d'anticorps anti-DNA est négative. Un électrocardiogramme, normal.

Enfin, le 6 octobre, une hémoculture est positive : bacilles Gram - dont on demande l'identification à l'Institut Pasteur.

Le 8, la leucopénie persiste sans granulopénie :

3 700 000	G.R.	12 %	P.L.
4 100	G.B.	16 %	G.L.
71 %	P.N.	0	Monocytes
1 %	P.E.		
0	P.B.		

Hématocrite : 37 %

V.S. : 50 à la 1ère heure

90 à la 2ème heure

Deux nouvelles hémocultures sont négatives.

Enfin, le 21 Octobre, la réponse de l'Institut Pasteur montre que les bacilles gram + de l'hémoculture font partie d'une :

"souche de SALMONELLA TYPHI appartenant au lysotype 34
dont il a été trouvé 4 souches sur 2046 cultures examinées depuis 1959"

(ce lysotype se rencontre actuellement en Algérie, Tunisie, Maroc, Cameroun et Amérique du Sud).

Le 22 octobre, température de nouveau normale. Le traitement par isoniazide et éthambutol est arrêté, on en commence aussitôt (23 octobre) un autre par tifomycine par os aux doses de :

0,50 g le 23 octobre

1 g le 24 "

1,50 g le 25 "

2 g du 26 octobre au 12 novembre.

Le malade reste apyrétique. L'état général s'améliore. Un séro-diagnostic T.A.B. (fait le 23 octobre) est positif en T (H) au 1/100 et 1/200 le 27. Un second séro-diagnostic de Wright est négatif.

Le malade sort enfin guéri le 17 Novembre 1969.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde suspectée sur les signes fonctionnels et cliniques :

- Céphalées, sudation, malaise général

- Fièvre mal supportée avec dissociation du pouls et de la température, splénomégalie, fosse iliaque droite gargouillante, avec aussi une hépatomégalie notable.

La biologie montrait d'emblée une leucopénie nette sans neutropénie

Mais, les hémocultures n'ont poussé (1 sur 9 prélèvements) que très tardivement.

Il n'y a pas eu de coproculture.

Le séro-diagnostic T.A.B. a été positif.

Il n'y a pas eu de complication. Le traitement par tifomycine per os (21 jours dont 18 à raison de 2 g par jour) a été parfaitement efficace.

Le malade est sorti guéri.

OBSERVATION N° 3

II7,209

Monsieur CHAB ... Belkacem, 28 ans, étudiant (Travaux Publics), de

nationalité tunisienne, résidant en France depuis 1964, est admis à l'H.I.U.P. le 4 avril 1970 pour syndrome fébrile avec splénomégalie.

Vers le 21 mars 1970, Monsieur CHAB ... a ressenti des frissons, des myalgies. Il prend de l'acide acétylsalicylique mais continue à être fatigué, et anorexique.

Le 1er avril, il est fiévreux (température non prise). Le 2, il frissonne et transpire beaucoup, il vomit ; il a une selle molle (sans qu'on puisse parler de diarrhée). Un mouchage sanglant pourrait être considéré comme une petite épistaxis.

Le 3 au soir, il est fébrile, il a soif. Des céphalées apparaissent.

Le 4, pendant toute la journée il se sent beaucoup mieux. Mais vers 17 h survient un malaise général avec frissons intenses. Il consulte alors à l'H.I.U.P. où on l'hospitalise.

A ce moment, il n'a plus de céphalées, il est présent, sans obnubilation.

Il a de la fièvre ($40^{\circ}2$) et un pouls non dissocié (132) (cependant le lendemain, pour une température de 40° , le pouls sera 86 marquant ainsi une nette dissociation).

La tension artérielle est 13,5/8. Il existe une splénomégalie. L'abdomen est souple, indolore. Il n'existe pas d'hépatomégalie. Les aires ganglionnaires sont libres. L'examen neurologique est strictement normal (aucun signe de souffrance méningée).

Ce malade n'a pas été vacciné contre la fièvre typhoïde.

Un frottis et une goutte épaisse éliminent d'emblée un paludisme. On fait trois hémocultures.

Le 6 avril, un hémogramme montre une hyperleucocytose modérée :

9 900 G.B.	8 % P.L.
82 % P.N.	10 % G.L.
0 P.E. et P.B.	0 Monocytes

Hématocrite : 48 %

Vitesse de sédimentation : 3 à la 1ère heure

16 à la 2ème heure

Urée sanguine : 0,28 g par litre.

Le jour même, on décide de commencer un traitement par chloramphénicol par os à doses progressives :

0,50 g le 6
1 g le 7
1,50 g le 8
2 g du 9 au 19 inclus

Le 7, le résultat des hémocultures faites à l'entrée montre le bien fondé du traitement :

Présence de SALMONELLA TYPHI
dans trois hémocultures des 4 et 5 avril.

Le 8, cependant, un séro-diagnostic T.A.B. est négatif (prélèvement du 7 au 17^e jour du début des troubles).

L'électrocardiogramme est normal.

Le 9, une coproculture faite le 7 revient négative. L'état général du malade s'améliore nettement.

Le 14 avril, le séro-diagnostic T.A.B. est positif en T (H) aux dilutions de 1/100 et 1/200

La température est normale après une chute en lysis (36°9 le 14 avril)

Le malade sort le 24 avril, guéri, après un traitement par chloramphénicol per os de 14 jours dont 11 à raison de 2 g par jour.

Il passe alors un mois en convalescence à la maison de repos des étudiants à SAINT-MAXIME (Var).

Le 29 Mai il se présente à nouveau à l'H.I.U.P. pour accès fébrile avec frissons, asthénie, sudation importante. Il se plaint de céphalées intermittentes (périorbitaires droites). Il a eu un mouchage sanglant. Pas de diarrhée, pas de douleur abdominale.

Il a une splénomégalie importante. Il n'y a pas de dissociation du pouls (84) et de la température (38°).

Il est réhospitalisé, et un hémogramme montre une formule sanguine normale contrastant avec la fièvre :

5 000 000 G.R.	7 % P.L.
6 200 G.B.	14 % G.L.
69 % P.N.	7 % Monocytes
2 % P.E.	

O P.B.

dont une cellule hyperbasophile

Hématocrite : 48 %

On fait aussitôt des hémocultures avec antibiogramme, un frottis sanguin et une goutte épaisse qui seront négatifs.

On commence un traitement par chloramphénicol à doses progressives :
1 g puis 1,50 g puis 2 g puis 2,25 g puis 2,50 g.

Le 1er juin, on constate pour la première fois une petite leucopénie :

4 800 000 G.R.	17 % P.L.
5 800 G.B.	4 % G.L.
72 % P.N.	5 % Monocytes
2 % P.E.	
0 P.B.	

Hématocrite : 47 %

La V.S. est : 25 à la 1ère heure

51 à la 2ème heure

l'Urée sanguine est 0,21 g par litre

La glycémie 0,69 g par litre

Un séro-diagnostic de Paul et Bunnell est positif

L'électrocardiogramme est normal.

Toutefois, le 3 juin un séro-diagnostic T.A.B. est positif en T (H) au 1/100 et 1/200. La température est redevenue normale (37°) et le lendemain trois hémocultures sont positives :

Présence de SALMONELLA TYPHI

pour lesquelles l'antibiogramme avec pouvoir bactéricide précise :

[illegible]

Pour ce tableau :

Te = Tétracycline
Na = Acide Nalixidique
Gm = Gentamycine
K = Kanamycine
CD = Céphaloridine
CI = Colimycine
Am = Ampicilline
C = Chloramphénicol
CF = Keflin
% : de germes survivants.

Les coprocultures restent négatives.

Le malade est apyrétique depuis le 2 juin, son état général est excellent.

Le 13 juin, on arrête le chloramphénicol et on instaure un traitement à raison de 2 g de péniciline par jour jusqu'au 19 juin, date à laquelle le malade sort guéri.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde à *Salmonella Typhi* pour laquelle on distinguera deux épisodes : l'atteinte initiale, la rechute (il peut évidemment s'agir d'une réinfestation avec *salmonella typhi* car le lysotype - qui aurait peut être pu permettre de distinguer l'une de l'autre - n'a pas été fait).

En mars, on a suspecté une fièvre typhoïde sur des signes fonctionnels et cliniques assez évocateurs :

- anorexie, céphalées, frissons, malaise, mouchage sanglant, splénomégalie, fièvre avec pouls dissocié.

Le diagnostic a été confirmé par des hémocultures positives et un séro-diagnostic T.A.B. positif.

Toutefois, il n'y a pas eu de leucopénie (tout au moins au début de la maladie), le premier séro-diagnostic T.A.B. a été négatif ainsi que les coprocultures, la vitesse de sédimentation n'était pas accélérée (3 à la 1ère heure, 16 à la 2ème heure) mais au début de la maladie seulement.

Le traitement par chloramphénicol per os a duré 14 jours dont 11

à raison de 2 g par jour. Il a été efficace sur les signes fonctionnels et cliniques mais on peut se demander si l'élimination du germe de l'organisme a été effectuée.

En mai, le nouvel accès a été soupçonné sur l'asthénie, la sudation, les céphalées, la fièvre avec frissons, la splénomégalie. Mais le pouls n'était pas dissocié de la température.

Par contre, il y a eu très vite une leucopénie - bien que peu marquée 5 800 G.B. par mm^3 - et la V.S. a été accélérée (25 à la 1ère heure et 51 à la 2ème heure).

Le diagnostic a été confirmé par :

- des hémocultures montrant la présence de salmonella typhi
- un séro-diagnostic T.A.B. positif.

Les coprocultures étant négatives tout comme dans le 1er accès.

Le traitement par chloramphénicol per os (1 g le 1er juin, 1,50 g le 2, 2 g le 3, 2 g 25 le 4, 2,50 g du 5 au 12 inclus) puis par acide D (-) α aminophénylacétamido 6 pénicillamique (Pénicline ^x) (2 g par jour du 12 au 18 juin inclus).

On peut se demander la signification du diagnostic de Paul et Bunnell positif sans toutefois y attacher une importance capitale.

OBSERVATION N° 4

I94.710

Mademoiselle KOH ... Margarete, 29 ans, traductrice, de nationalité Allemande, est admise à l'H.I.U.P. le 8 avril 1970 pour syndrome fébrile.

Depuis la fin du mois de mars 1970, cette malade a de la fièvre (38°), elle frissonne, transpire beaucoup. Elle se sent très fatiguée.

Le 2 avril, elle consulte un médecin qui demande des examens urinaires et un hémogramme :

- absence de germes dans les urines
- absence de cylindres
- présence de quelques leucocytes isolés non altérés, derares hématies, de quelques cellules épithéliales.

L'uroculture est négative.

L'hémogramme montre l'absence d'hypereleucocytose

4 320 000 G.R.

7 800 G.B.

Hématocrite : 47 %

Mademoiselle KOH ..., est cependant traitée par pénicilline par voie orale.

Le 8 avril, aucune amélioration ne se produisant, elle consulte à l'H.I.U.P. où elle est admise.

A ce moment, elle se plaint de dysurie très modérée, de céphalées frontales et rétro orbitaires, d'asthénie.

Elle n'est pas obnubilée

L'examen clinique est plus évocateur :

- fièvre (38°) avec pouls non dissocié (120)
- splénomégalie
- fosse iliaque droite gargouillante
- abdomen souple et indolore avec discret météorisme.

Il n'existe pas de diarrhée, pas de taches rosées abdominales.

L'anamnèse met en évidence :

- une scarlatine dans l'enfance
- de nombreuses infections urinaires
- aucune vaccination contre la fièvre typhoïde.

On fait aussitôt plusieurs hémocultures (les prélèvements seront continués le lendemain).

Le 9 avril, il n'existe toujours pas de leucopénie, mais le nombre des G.B. a diminué par rapport à l'examen fait en ville, on note aussi une discrète anémie :

3 600 000 G.R. 3 % P.L.

6 500 G.B. 22 % G.L.

0 P.E. et P.B. 7 % Monocytes

Hématocrite : 35 %

V.S. : 93 à 1^{ère} heure

125 à 1^{ère} 2^{ème} heure

Urée sanguine 0,28 g par litre

Glycémie 0,60 g par litre

Dès ce jour, apparaît une dissociation du pouls (IO2) et de la température (39°8).

Le 10, électrophorèse des protides :

Albumine 39 %	α_1 Globulines 9 %
	α_2 19 %
	β 16 %
	γ 17 %

(petite augmentation du taux des α_2 globulines, celui de la sérum albumine étant peu élevé).

Dans les urines, présence

- d'albumine (0,50 g par 24 H)

- hématurie leucocyturie minute : 16 000 G.B.

7 000 G.R.

présence de cellules épithéliales

absence de cylindres

L'examen cyto bactériologique des urines et l'uroculture faits ce même jour seront négatifs.

Le 11 avril, on commence un traitement par chloramphénicol à doses progressives (per os)

0,50 g le 11

1 g le 12

1,50 g le 13

2 g par jour du 15 au 21 avril.

Ce traitement sera arrêté du 22 au 24 avril inclus et repris du 25 au 29 :

1 g le 25

1,50 g par jour du 26 au 29 inclus

Le 13 avril nouvel hémogramme :

3 100 000 G.R. 15 % P.L.

4 700 G.B. 15 % G.L.

0 P.E. et P.B. 3 % Monocytes

60 % P.N.

Présence de 7 métamyélocytes neutrophiles

Hématocrite : 30 %.

Les transaminases sont normales :

SGOT : 18 Unités

SGPT : 28 Unités

Phosphatases alcalines : 1,7 U.B.

On notera que l'anémie s'est accentuée et qu'une leucopénie est apparue.

Les coprocultures sont négatives (absence de salmonelles, de shigelles, de staphylocoques pathogènes, de champignons de type *aspergillus*).

Le 14, un séro-diagnostic de Wright est négatif.

La malade se sent beaucoup mieux et est, à partir de ce jour, apyrétique.

Le 17, un séro-diagnostic T.A.B. est négatif.

Le 20, la leucopénie s'est encore accentuée, avec apparition d'une importante neutropénie :

3 700 000 G.R.	23 % P.L.
3 400 G.B.	37 % G.L.
30 % P.N.	10 % Monocytes
0 P.E. et P.B.	

la V.S. est : 78 à la 1ère heure

119 à la 2ème heure

l'Hématocrite : 36,5 %

Le 21, nouveau séro-diagnostic de Wright négatif.

Le 22, séro-diagnostic T.A.B. en T (0) à la dilution 1/100. On arrête alors le traitement par chloramphénicol.

Plusieurs recherches de bacilles acido-alcoolo-résistants dans les urines seront négatives.

L'Hématurie leucocyturie minute montre :

17 000 Cellules épithéliales

20 000 Leucocytes

Absence d'hématies et de cylindres

L'albuminurie par 24 H est nulle.

Le 24, une remontée du nombre des leucocytes par mm^3 et une augmentation du pourcentage des polynucléaires neutrophiles détermine une reprise du traitement par tifomycine

3 500 000 G.R.	25 % P.L.
4 500 G.B.	20 % G.L.
52 % P.N.	2 % Monocytes
0 P.E. et P.B.	

Hématocrite : 34 %

Une nouvelle coproculture est négative le 25.

Enfin, le 26, une hémoculture (prélèvement du 9) montre la présence de :

SALMONELLA TYPHI

Le lendemain, séro-diagnostic T.A.B. positif en T (0) au 1/100, positif faible en T (0) au 1/200.

L'urographie intra-veineuse ne montre aucune anomalie.

L'électrocardiogramme et l'examen de fond d'oeil sont normaux.

La malade sort guérie le 27 avril après 16 jours de traitement.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde chez une jeune femme de 29 ans.

Elle a été suspectée sur des signes fonctionnels et cliniques :

- Asthénie, fièvre, frissons, sudation, céphalées,
- Splénomégalie, fosse iliaque droite gargouillante.

Le laboratoire a montré l'absence d'hyperleucocytose (contrastant avec ce syndrome d'allure septicémique) puis la leucopénie.

Le diagnostic a été confirmé :

- par des hémocultures montrant la présence de Salmonella Typhi

(bien que la malade ait été traitée par antibiotiques avant son hospitalisation)

- et par deux séro-diagnostic T.A.B. positifs (bien qu'à des dilutions peu importantes de 1/100).

Le traitement par tifomycine a été efficace, ayant même dû être interrompu par suite d'une neutropénie à 30 %.

L'évolution s'est faite sans complication. La malade est sortie guérie.

Il est à noter que les coprocultures ont été négatives.

Quant au petit syndrome urinaire existant à l'entrée, il a regressé soit spontanément soit sous l'influence du traitement par chloramphénicol.

OBSERVATION N° 5

I48,579

Monsieur VON GAL ... Hubertus, 27 ans, stagiaire en droit, de

nationalité allemande, est admis le 12 juin 1967 à l'H.I.U.P. pour syndrome diarrhéique fébrile avec dissociation du pouls et de la température.

Le vendredi 9 juin Monsieur VON GAL ... se sent très fatigué, il a des douleurs abdominales et une diarrhée faite de 5 à 6 selles très liquides non sanglantes par jour.

Il se sent fébrile et prend sa température (38°5 à 39°).

Il se présente le dimanche 11 juin en consultation d'urgence où on constate un faciès pale, une température à 39°, le pouls étant dissocié (78) lors de plusieurs examens successifs. La T.A. est normale 13/7.

Il n'existe ni céphalées, ni signe d'atteinte méningée, ni tymphos. Il n'y a pas eu d'épistaxis. L'hospitalisation est décidée pour le lendemain.

Le 12 à l'admission du malade on constate qu'il se sent très fatigué. Il a une diarrhée (5 selles liquides non sanglantes par jour) sa température est 38°7, le pouls est de 84. La T.A. est normale (13/7).

L'examen abdominal ne montre ni splénomégalie ni hépatomégalie. Il n'existe pas de taches rosées lenticulaires.

Le reste de l'examen clinique est strictement normal.

Les antécédents montrent que le malade a maigri de 5 kilos pendant les trois derniers mois (mars, avril et mai).

En outre, en novembre 1966, au retour d'un voyage en Jordanie, il s'est plaint d'une diarrhée importante très liquide, avec douleurs abdominales de type colitique.

On institue un traitement par sulfaguanidine (12 g par jour) et diphénoxylate (Diarsed) (15 mg par jour).

Un hémogramme demandé en urgence est renvoyé avec la mention "à refaire"

La V.S. est à ce moment : 38 à ma 1ère heure

70 à la 2ème heure

Urée sanguine : 0,42 g par litre.

Le 14 juin, le malade est apyrétique. L'hémogramme est :

4 790 000	G.R.	16 %	P.L.
6 300	G.B.	15 %	G.L.
55 %	P.N.	12 %	Monocytes
2 %	P.E.		
0	P.B.		

Hématocrite : 48 %

Urée sanguine : 0,23 g par litre

Albumine)
Glucose) } absent dans les urines

Cette absence d'hyperleucocytose et de polynucléose neutrophile détermine à entreprendre aussitôt un traitement par chloramphénicol per os à doses progressives : 0,50 g le 14

1 g le 15

1,50 g du 16 au 26 juin inclus.

Le 19 juin, le laboratoire confirme le diagnostic présumé de fièvre typhoïde :

présence de SALMONELLA TYPHI dans les coprocultures faites le 13 juin

Sensibilité à - Chloromycétine

- Ampicilline

- Streptomycine

- Kanamycine

Sensibilité limitée à Colimycine

Résistant à Tétracycline.

Le 20, un séro-diagnostic T.A.B. (prélèvement du 19, au 10^e jour de la maladie) est positif en T (O) aux dilutions de 1/100 et 1/200

Le 24 nouvel hémogramme :

4 610 000	G.R.	22 %	P.L.
8 900	G.B.	21 %	G.L.
53 %	P.N.	4 %	Monocytes
0	P.E. et P.B.		

Hématocrite 48 %

Le 28, le malade sort en très bon état général bien qu'une copro-culture faite le 24 ait conclu à la présence persistante de salmonella typhi.

Revu en consultation à la demande du Chef de Service où il avait été hospitalisé, le malade est de nouveau traité par chloramphénicol per os à la dose de 1,50 g par jour du 2 au 9 juillet 1967.

Le 17 juillet, une nouvelle coproculture (faite le 13) montre cette fois l'absence de salmonelles.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde suspectée sur les signes fonctionnels et cliniques :

- asthénie
- diarrhée
- fièvre
- dissociation du pouls et de la température.

La confirmation du diagnostic a été donnée par le laboratoire :

- absence d'hyperleucocytose
- présence de salmonella typhi dans plusieurs coprocultures.

Le traitement a été de 19 jours dont 17 à raison de 1,50 g par jour.

Il n'y a pas eu de complications.

Il est à noter qu'il n'y a pas de trace de résultat des hémocultures dans le dossier.

Il n'y a eu ni splénomégalie, ni epistaxis, ni taches rosées abdominales, ni céphalée ou syndrome d'atteinte méningée.

Le malade est sorti en bon état général, la guérison définitive sur critères biologiques (coproculture négative) n'étant survenue que par la suite.

OBSERVATION N° 6

184.928

Madame WIELE ... Marian, 21 ans, étudiante en Sciences Economiques, de nationalité française, est admise à l'H.I.U.P. le 26 août 1967 pour diarrhée fébrile apparue peu après un séjour en Extrême Orient.

En août 1967, lors d'un voyage en Afghanistan, la malade a de la diarrhée, sans fièvre pendant quatre jours. Elle prend de la chloroïodoquine (entéro-vioforme^x).

Le 20 août, de retour en France depuis 5 jours, elle a un nouvel épisode diarrhéique, avec cette fois fièvres, frissons, céphalées.

La malade se présente le 26 août à l'H.I.U. P. où elle est admise.

A l'entrée, elle se sent très fatiguée. Elle est fébrile (38°) avec pouls dissocié (70).

La T.A. est normale bien qu'un peu basse (10/6).

L'abdomen est souple, la fosse iliaque droite non gargouillante.

On palpe le pôle inférieur de la rate.

Il n'existe pas de taches rosées lenticulaires.

Le seul antécédent notable est une syphilis traitée en 1963.

A cet examen clinique déjà évocateur va s'ajouter un hémogramme montrant une nette leucopénie avec neutropénie:

4 200 000	G.R.	32 %	P.L.
4 120	G.B.	15 %	G.L.
49 %	P.N.	3 %	Monocytes
1 %	P.E.		
0	P.B.		

On entreprend alors un traitement par chloramphénicol per os à doses progressives :

0,50 g le 27 août

1 g le 28

1,50 g du 29 août au 5 septembre

Le 28, nouvel hémogramme : la leucopénie s'est encore accentuée ainsi que la neutropénie :

3 600	G.B.	30 %	P.L.
31 %	P.N.	29 %	G.L.
1 %	P.E.	8 %	Monocytes
0	P.B.		

Présence d'une cellule à cytoplasme hyperbasophile

Hématocrite : 44 %

V.S. : 20 à la 1ère heure

42 à la 2ème heure

Transaminases SGOT 26 Unités

SGPT 20 Unités

Phosphatases alcalines : 4 U.B.

Bilirubine : 13 mg par litre

Le 29 août, un séro-diagnostic de Paul et Bunnell est négatif.

Le 30, la malade est apyrétique, après une chute rapide progressive de la température.

Ce même jour, des hémocultures faites à l'entrée (le 26 août) montrent la présence de bacilles de type salmonella qui seront identifiés par

la suite à l'Institut Pasteur (SALMONELLA PARA TYPHI B) le 4 septembre.

Ces salmonelles sont sensibles à : Chloramphénicol

Céfalotine

Acide nalixidique (négram^x)

a

Streptomycine

Kanamycine

Tétracycline

Colimycine

L'hémogramme montre encore une accentuation de la leucopénie et de la neutropénie :

3 700 G.B. 20 % P.L.

27 % P.N. 26 % G.L.

1 % P.E. et P.B. 20 % Monocytes

5 cellules à cytoplasme hyperbasophile

L'hématocrite (33 %) laisse penser que le malade a pu saigner mais on n'a aucune certitude à ce sujet.

La V.S. 19 à la 1ère heure

38 à la 2ème heure

Le séro-diagnostic de Wright est négatif.

Le 31, une coproculture (faite le 28) conclut à la présence de bacilles de type salmonella.

Un séro diagnostic T.A.B. (prélèvement du 30, au 10ème jour de la fièvre) est positif en T (H) aux dilutions de 1/100 et 1/200 (négatif pour T (O) A (O) et (H), B (O) et (H)).

Le 5 septembre, un diagnostic de Paul et Bunnell (prélèvement du 1er septembre) est négatif.

Le 9 septembre, une coproculture (faite le 4) montre la présence de bacilles de type salmonella ayant perdu les caractères d'agglutination.

Le 11 septembre, la malade sort en excellent état général.

Il s'agit donc d'une fièvre para-typhoïde B suspectée d'emblée sur les signes fonctionnels et cliniques :

- diarrhée
- fièvre
- dissociation du pouls et de la température
- splénomégalie

ainsi que l'hémogramme : leucopénie et neutropénie.

La salmonellose sera confirmée par :

- des hémocultures positives
- des coprocultures positives
- un séro-diagnostic T.A.B. positif.

Le traitement a été de 9 jours dont 7 à raison de 1,50 g par jour de chloramphénicol par voie buccale.

Il ne semble pas y avoir de complication. La malade est sortie guérie.

On notera que le contagé n'a pas été retrouvé nettement mais qu'un séjour en Extrême Orient (Afghanistan) peut fort bien être à l'origine de la maladie.

D'autre part, le séro-diagnostic T.A.B. a été positif en T (H) et négatif en B (O) et (H) alors qu'il s'agit d'une para-typhoïde B (identification du germe à l'Institut Pasteur).

OBSERVATION N° 7

I65,850

Le dossier médical ci-dessous est malheureusement inexploitable, l'observation clinique ayant été égarée.

Je me contenterai donc de donner sans commentaire les éléments présents dans ce dossier (examens de laboratoire, courbe de la température, du pouls, traitement, chiffres de tension artérielle).

Monsieur VEGU ... Erling, 25 ans, de nationalité norvégienne, consulte le 30 juillet 1968 à l'H.I.U.P.

A son entrée, température 39°6 pouls dissocié (78) T.A. 12/7

Hémogramme :

3 100 G.B.	24 % P.L.
59 % P.N.	16 % G.L.
0 P.E. et P.B.	1 % Monocytes

V.S. 13 à 14 1ère heure

22 à 14 2ème heure

Glycémie : 0,72 g par litre

Transaminases SGOT 20 Unités

SGPT 14 Unités

Bilirubine : 10 mg par litre

Phosphatases alcalines 2,7 U.B.

Présence d'albumine dans les urines

Le 31, début du traitement par chloramphénicol per os à doses progressives :

0,25 g le 31 juillet

1 g le 1er août et le 2 août

1,25 g le 3 août

2 g du 4 au 9 inclus.

Le 2 août,

- séro-diagnostic de Wright négatif
- présence de 0,20 g d'albumine par litre d'urine
- uroculture négative

Le 3 août :

- séro-diagnostic T.A.B. (prélevé le 1er août) positif en B (O) au 1/100 et 1/200 et B (H) au 1/400.

Le 5 août :

- développement de SALMONELLA PARATYPHI B (hémoculture du 31 juillet)
- absence d'albuminurie
- hématurie leucocyturie minute : 500 Cellules épithéliales
20 000 G.B.
500 G.R.

Absence de cylindre

Le 6, température normale (37°) après une chute en lysis T.A. 9/6

Coproculture (prélèvement du 31 juillet) négative pour les salmonelles (présence de colibacilles candida albicans).

Le 8, coproculture négative (prélèvement du 6 août)

Le 9 août arrêt du traitement

Le 10 août, sortie du malade.

Il s'agit donc d'une fièvre paratyphoïde B où sont présents les éléments suivants :

à l'entrée : fièvre

dissociation du pouls et de la température

leucopénie

par la suite : hémocultures positives

séro-diagnostic T.A.B. positif

Le traitement a duré, lors de l'hospitalisation, 10 jours dont 6 à raison de 2 g par jour de chloramphénicol per os.

OBSERVATION N° 8

I65.899

Monsieur SANT ... Ciro, 26 ans, de nationalité brésilienne, maître assistant d'histoire à Rio de Janeiro, consulte le 16 août 1968 à l'H.I.U.P. pour diarrhée fébrile.

Lors d'un voyage au Maroc, vers la fin du mois de juillet, Monsieur SANT ... a une diarrhée et se sent fébrile. Il a quelques céphalées avec impression de tension périorbitaire.

Puis, tous ces troubles régressent spontanément.

Le 11 août, il a des frissons, de la fièvre, de la diarrhée (5 ou 6 selles liquides par jour). Il a mal à la tête.

De plus, il dort très mal la nuit.

Le 15 août, il a un vomissement.

Le 16 on l'hospitalise.

A l'entrée, le tableau n'a pas varié : céphalées, insomnie, fièvre (39°) avec pouls dissocié (80). La T.A. est normale (14/8) la langue est saburrale. Il existe une splénomégalie. La fosse iliaque droite est gargouillante.

On ne retrouve aucune tache rosée abdominale.

Ce malade n'a pas été vacciné contre la fièvre typhoïde.

Son seul antécédent pathologique notable est un alastrim ayant laissé quelques cicatrices.

Les examens de laboratoire font remarquer une absence d'hyperleucocytose :

7 800	G.B.	9 %	P.L.
56 %	P.N.	27 %	G.L.
0	P.E. et P.B.	8 %	Monocytes

Hématocrite : 44 %

V.S. 18 à la 1ère heure

46 à la 2ème heure

L'électrocardiogramme est normal.

Dès le lendemain les coprocultures sont négatives et le resteront jusqu'à la fin de la maladie.

Le 19, la V.S. est 18 à la 1ère heure

46 à la 2ème heure

l'hématocrite est 45 %

L'urée sanguine 0,29 g par litre.

Le 20, absence d'albumine et de glucose dans les urines.

Le 22, nouvel hémogramme qui, cette fois, montre une leucopénie nette :

5 500 G.B.	22 % P.L.
avec neutropénie 47 % P.N.	25 % G.L.
0 P.E. et P.B.	6 % Monocytes

Hématocrite : 43 %

V.S. 18 à la 1ère heure

48 à la 2ème heure

Un séro-diagnostic T.A.B. est négatif.

On décide alors d'instaurer un traitement par chloramphénicol per os à doses progressives : 0,50 g le 22 août

1 g le 23

1,50 g du 24 au 28

2 g du 29 août au 5 septembre inclus.

La défervescence se produit en 5 jours.

Les céphalées persistent malgré tout et amènent à faire une ponction lombaire :

Albumine 0,30 g par litre

Glucose 0,63 g par litre

1 élément par mm³

Culture négative sur milieux usuels et milieu de Löwenstein.

Le 26, un séro-diagnostic de Wright est négatif.

On n'a pas retrouvé jusqu'ici (4 prélèvements) d'hématozoaires dans le sang, mais un séro-diagnostic du paludisme par immunofluorescence

est faiblement positif (1/20) (Antigène P. Cynomolgi).

Le 29, hématurie leucocyturie minute : 500 Cellules épithéliales
500 G.R.
500 G.B.

Le 30, la température est normale (37°)

Le 2 septembre, enfin, une hémoculture (faite 3 jours après l'entrée) est positive :

présence de SALMONELLA PARATYPHI A en milieu aérobie

L'antibiogramme (demandé à l'Institut Pasteur) montre une sensibilité du germe à :

Ampicilline	Kanamycine
Cephalotine	Gentamycine
Cephalexidine	Chloramphénicol
Streptomycine	Thiophénicol
	Tétracycline
	Colistine

Le séro-diagnostic TAB. est toujours négatif.

Le malade sort enfin guéri le 6 septembre.

Il s'agit donc d'une fièvre paratyphoïde A suspectée à l'entrée sur des signes fonctionnels, cliniques et biologiques :

- céphalées, insomnie
- fièvre avec frissons
- pouls dissocié
- diarrhée
- splénomégalie
- fosse iliaque droite gargouillante
- absence d'hyperleucocytose puis leucopénie avec neutropénie

Elle est confirmée par :

- l'efficacité du traitement par chloramphénicol
- puis des hémocultures positives

Il n'y a eu aucune complication. Le traitement a été de 15 jours dont 8 à raison de 2 g de chloramphénicol par jour per os.

Enfin, le malade est sorti guéri.

On notera que : - les coprocultures ont toutes été négatives

- 2 séro-diagnostic T.A.B. ont été négatifs.

Mademoiselle TYFF ... Danièle, 18 ans, étudiante de nationalité française, se présente à la consultation de l'H.I.U.P. le 20 septembre 1969 pour diarrhée fébrile.

En fait, l'histoire de la maladie commence au début du mois d'août. A ce moment, elle est en Afghanistan où elle s'est rendue en auto-stop. Elle a pendant plusieurs jours un syndrome dysentérique (6 selles sanglantes par jour) qu'un traitement par chloroïodoquine (entéro-vioforme^x) réduit à 2 par jour.

Au début du mois de septembre, elle se trouve en Iran. Elle est très fatiguée, elle se sent fébrile tandis qu'apparaît une toux quinteuse.

La fièvre persiste après son retour en France. La diarrhée réapparaît.

Un examen de selles fait dans le laboratoire de Monsieur DAO, Chef de Travaux à la Faculté, montre la présence d'amibes dysentériques minuta (examen direct à 37°) et de kystes à 4 noyaux d'amibes dysentériques à l'examen au Télémann Langeron.

Le 20 Septembre, elle est admise à l'H.I.U.P.

A l'entrée elle est asthénique, présente (sans tumeurs) ; l'examen clinique note une fièvre (40°5) avec pouls en rapport (120) ; T.A. 11/6. Elle est diarrhéique (6 selles par jour). Il existe une splénomégalie modérée (qui ne sera pas retrouvée lors d'un second examen et doit donc être considérée comme incertaine).

Un hémogramme fait en urgence donne les résultats suivants :

8 I20	G.B.	21 %	P.L.
70 %	P.N.	65	7 % G.L.
0	P.E. et P.B.	2 %	Monocytes

L'hématocrite est de 41 %

Dans l'hypothèse d'une localisation amibienne extra intestinale, elle reçoit alors un traitement par déhydroémétine.

Le 21 apparaît une dissociation du pouls (102) et de la température (40°6)

Le soir même la tension artérielle diminue rapidement (9,5/5 puis 8/5).

Elle est alors transférée dans le service de réanimation de l'H.I. U.P. où un nouvel hémogramme montre une leucopénie sans neutropénie et une anémie :

3 000 000	G.R.	18 %	P.L.
4 700	G.B.	3 %	G.L.
78 %	P.N.	1 %	Monocytes
0	P.E. et P.B.		

L'urée sanguine est 0,35 g par litre

L'ionogramme : Chlore 98 mEq par litre

Sodium 135 mEq par litre

Potassium 3,7 mEq par litre

On fait aussi plusieurs hémocultures, plusieurs frottis sanguins et goutte épaisse (qui seront négatifs) plusieurs coprocultures.

Le 22 septembre, apparaît de façon inattendue un épisode hémolytique :

- chute de l'hématocrite à 25 %
- bilirubinémie totale 48 mg par litre
libre 47 mg par litre
- les transaminases sont normales : SGOT 9 U
SGPT 7 U

Cet épisode est transitoire et l'anémie sera corrigée par des transfusions de culots globulaires (5 culots globulaires en 2 jours)

Le traitement par déhydroémétine est arrêté et on commence un traitement par chloramphénicol per os à doses progressives :

0,25 g le 22

0,75 g le 23

Dose non notée le 24

1,50 g le 25 et le 26

1,75 g le 27

2 g par jour du 28 septembre au 10 octobre inclus.

Le 23 septembre, le traitement est justifié par les résultats d'exams de laboratoire : 5 hémocultures sont positives (présence de SALMONELLA TYPHI)

sensibilité du germe à : Gentamycine
Kanamycine
Cephalotine

Colimycine
Ampicilline
Chloramphénicol.

Le séro-diagnostic T.A.B. est positif en T (O) et (H) aux dilutions de 1/100 et 1/200.

L'hémogramme montre toujours une leucopénie avec cette fois neutropénie :

3 300 000	G.R.	53 %	P.L.
5 800	G.B.	14 %	G.L.
31 %	P.N.	2 %	Monocytes
0	P.E. et P.B.		

Hématocrite 32 %

L'Urée sanguine est 0,25 g par litre

La bilirubine totale 9 mg par litre

libre 9 mg par litre

L'Ionogramme sanguin : chlore	102 mEq par litre
sodium	136 mEq par litre
Potassium	3,6 mEq par litre

L'évolution est à partir de là, tout à fait favorable mise à part une toux quinteuse sans signe clinique ni radiologique pulmonaires.

La température revient, par grandes oscillations, à la normale et la malade est apyrétique le 25 septembre (36°8) le matin.

Les selles restent liquides, mais leur nombre est réduit à 2 par jour.

Elle est alors ramenée dans le service de médecine où elle avait été hospitalisée initialement (le 26 septembre).

Entre temps, une coproculture (faite le 22) a été positive :

- présence de SALMONELLA TYPHI sensible aux mêmes antibiotiques que la salmonella typhi isolée à partir des hémocultures.
- les autres coprocultures seront négatives -

Le 29 Septembre, l'anémie a disparu, la leucopénie se corrige ainsi que la neutropénie :

4 650 000	G.R.	10 %	P.L.
6 300	G.B.	13 %	G.L.
62 %	P.N.	10 %	Monocytes
5 %	P.E.		
0	P.B.		

Hématocrite 45 %

Un électrocardiogramme fait ce jour est strictement normal.

Le 13 octobre, nouvel hémogramme :

4 300 000	G.R.	19 %	P.L.
5 700	G.B.	21 %	G.L.
60 %	P.N.	0	Monocytes
0	P.E. et P.B.		

Une recherche de parasite dans les selles montre la présence :

- de trophozoïtes et kystes d'entamoeba coli
- de trophozoïtes de chylomastix mesnili

La malade sort guérie le 16 octobre.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde suspectée sur les signes fonctionnels cliniques et de laboratoire :

- asthénie
- fièvre
- pouls d'abord non dissocié puis dissocié
- diarrhée
- absence d'hyperleucocytose

Elle est confirmée par plusieurs hémocultures et une coproculture montrant la présence de salmonella typhi ainsi que par un séro-diagnostic T.A.B. positif en T (O) et (H) aux dilutions de 1/100 et 1/200.

Le traitement a été de 19 jours dont 13 à raison de 2 g de chloramphénicol par jour per os.

L'évolution a été compliquée par un accident hypotensif puis une anémie hémolytique transitoire.

OBSERVATION N° 10

I67.755

Mademoiselle MAI ... Martine, 18 ans étudiante en Mathématiques, de nationalité française (n'ayant jamais quitté la France), consulte le 26 septembre 1968 au service des Urgences de l'H.I.U.P. pour fièvre.

Dès le 25 septembre, elle se sent très fatiguée, fiévreuse, elle a des céphalées et des nausées (pas de vomissements). Au cours de la nuit elle ne peut dormir.

Le lendemain s'ajoutant des courbatures, des myalgies, des arthralgies. Dans l'après-midi elle prend de l'acide acétylsalicylique et sort de chez elle.

Vers 17 heures, elle se sent fiévreuse et a des frissons.

Dans la soirée elle consulte son médecin qui lui donne un suppositoire d'eucalyptine-pénicilline (600 000 unités de pénicilline) et conseille l'hospitalisation.

Elle se rend alors à l'Hôpital Universitaire où elle arrive vers 23 h.

A ce moment, elle est fébrile, elle a des céphalées, des nausées, des courbatures, des myalgies. Elle se plaint en outre d'une douleur pharyngée droite. Elle est obnubilée et répond mal aux questions. Elle est constipée.

L'examen clinique met en évidence :

- une fièvre (40°)
- un pouls dissocié (97)
- une T.A. normale (11/8)
- la fosse iliaque droite est gargouillante

Il n'existe pas de splénomégalie (rate non palpable) ni de taches rosées abdominales.

La langue est saburrale mais la gorge est propre.

Il n'existe pas de signe vrai d'une atteinte méningée mais une petite raideur de la nuque, une photophobie et l'obnubilation persistante amènent à faire une ponction lombaire :

Dans le liquide céphalo-rachidien ; Albumine : 0,40 g par litre

Glucose : 0,60 g par litre

0,9 élément par mm³

Absence de germe à la culture.

Le 27 septembre, l'hémogramme montre une absence d'hyperleucocytose :

8 400 G.B. 2 % P.L.

92 % P.N. 2 % G.L.

0 P.E. et P.B. 3 % Monocytes

1 cellule à cytoplasme hyperbasophile

Hématocrite : 46 %

Protides totaux : 71 g par litre dont Albumine 52 %

α₁ globulines 8 %

α_2 globulines 12 %

β globulines 14 %

γ globulines 14 %

Cholestérol total : 1,71 g par litre

V.S. 22 à la 1ère heure

48 à la 2ème heure

Absence d'albumine et de glucose dans les urines

Hématurie leucocyturie minute : 33 000 Cellules épithéliales

2 000 G.R.

Absence de G.B. et de cylindre

L'examen de fond d'oeil est normal.

L'anamnèse permet de retrouver l'absorption d'eau de citerne 10 jours avant le début des troubles.

Le 28, elle a plusieurs mouchages sanglants qu'on peut interpréter comme de petites épistaxis.

Tous ces signes font évoquer une fièvre typhoïde (bien que la malade dise, sans certitude, avoir déjà été atteinte de cette affection à l'âge de 7 ans).

Ce jour, un électrocardiogramme est strictement normal.

Le 30 septembre est institué un traitement par le chloramphénicol per os à doses progressives :

0,50 g le 30 septembre

1 g le 1er octobre

1,50 g le 2

2 g par jour du 3 au 11 octobre.

Ce jour, les lipides sanguins totaux sont de 5 g par litre.

Un prélèvement de gorge (fait le 27 septembre) montre une flore microbienne banale pauvre.

Le 1er octobre, les hémocultures faites le 26 et le 29 septembre montrent la présence de :

SALMONELLA TYPHI

sensible à :	Gentamycine	Tetracycline
	Ampicilline	Pénicilline
	Kanamycine	Chloramphénicol

La fibrinémie est 6,40 g par litre

Le culot urinaire montre quelques hématies.

L'uroculture met en évidence quelques colibacilles (souillure probable).

L'électrocardiogramme est strictement normal.

Le 2 octobre, le séro-diagnostic T.A.B. est positif en T (O) aux dilutions de 1/100 et 1/200 et T (H) aux dilutions de 1/100, 1/200, 1/400 et 1/800

Le 3, la coproculture faite le 30 septembre (avant le début du traitement) est négative.

Le 4, le taux des antistreptolysines est de 50 unités.

Le 7 octobre, la température (qui avait diminué progressivement depuis le début du traitement) est aux alentours de 37°.

La malade se sent beaucoup mieux.

Le 10, une autre coproculture (faite le 8) est négative.

La tension artérielle de la malade reste stable, bien qu'un peu basse (maxima 8 ou 9 cm de mercure, minima 5 cm de mercure).

L'évolution sous traitement se poursuit sans complication. Le traitement par chloramphénicol est arrêté le 11 octobre. La malade reste apyrétique.

Elle sort guérie le 12 octobre.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde à *Salmonella typhi*.

Le diagnostic a été soupçonné sur les signes fonctionnels, cliniques et biologiques :

- obnubilation
- asthénie
- myalgies
- nausées
- céphalées
- insomnie
- épistaxis
- fièvre avec frissons
- pouls dissocié
- fosse iliaque droite gargouillante
- absence d'hyperleucocytose

Il a été confirmé par :

- plusieurs hémocultures positives
- un séro-diagnostic T.A.B. positif

Le contagé est incertain mais l'absorption d'eau de citerne doit être notée.

Le traitement par chloramphénicol per os a duré 12 jours dont 9 à raison de 2 g par jour. Il a été efficace, amenant une apyrexie après 7 jours.

L'évolution a été simple, sans complication.

On remarquera que les coprocultures ont été négatives sans qu'on puisse affirmer que la dose unique de 600 000 unités de pénicilline, reçue avant l'hospitalisation, en soit responsable.

OBSERVATION N° 11

I83.003

Monsieur KA ... Johann, 35 ans, de nationalité allemande, consulte le 19 août 1969 à l'H.I.U.P. pour un état fébrile.

Plusieurs jours avant l'apparition de la fièvre, il avait eu plusieurs selles liquides. Il se plaignait aussi de céphalées frontales, de frissons nocturnes; de sudation diurne et nocturne, de douleurs de la nuque et de quelques myalgies. L'asthénie est très marquée.

A l'hospitalisation (qui survient aussitôt après la consultation) Monsieur KA ... est pâle. Il est présent, sans tупhos.

L'examen clinique montre une fièvre à 39°9 avec dissociation du pouls (96).

La tension artérielle est normale (11/7).

La langue est saburrale mais la gorge n'a pu être examinée en raison d'un réflexe nauséeux exagéré.

L'abdomen est souple, indolore. La fosse iliaque droite est gargouillante.

Lors d'un examen, le pôle inférieur de la rate est perçu à la palpation mais ce signe ne sera pas retrouvé et doit donc être considéré comme incertain.

Enfin, l'examen neurologique est normal et on ne note aucun signe d'atteinte méningée.

On pense alors à une intoxication alimentaire, et on met le malade en observation.

Aucun contage, aucun séjour hors d'Europe ne seront retrouvés.

Monsieur KA ... n'a pas d'antécédent notable, il n'a pas été vacciné contre la fièvre typhoïde.

L'hémogramme fait à l'entrée met en évidence une leucopénie sans neutropénie :

4 000 000 G.R.	L5 % P.L.
5 300 G.B.	10 % G.L.
68 % P.N.	5 % Monocytes
1 % P.E.	
0 P.B.	

La V.S. est à 25 à la 1ère heure

54 à la 2ème heure

L'urémie est 0,47 g par litre

La glycémie 1,18 g par litre

Le 21, les examens hépatiques sont normaux :

Bilirubine totale 11 mg par litre

libre 8 mg par litre

Transaminases SGOT : 39 Unités

SGPT : 21 Unités

Absence de sels et pigments biliaires dans les urines.

L'examen de fond d'oeil ne montre pas d'anomalie.

Le 22, devant tous ces signes évoquant une fièvre typhoïde, on décide d'instaurer un traitement par chloramphénicol à doses progressives:

0,50 g le 22

1 g le 23 et le 24

1,25 g le 25

1,50 g les 26, 27 et 28

1,75 g du 29 août au 8 septembre inclus.

Le 23, une coproculture (faite le 21) est négative (elle sera positive 4 jours plus tard.)

Le 25, après 3 jours de traitement le malade est apyrétique. Son état général s'est amélioré.

Trois hémocultures faites à l'entrée sont positives, montrant la présence de : SALMONELLES

sensibles à :

- | | |
|---------------------|--------------------|
| - acide nalixidique | - colimycine |
| - gentamycine | - ampicilline |
| - kanamycine | - chloramphénicol. |
| - céphalotine | |

L'hémogramme montre maintenant une neutropénie :

4 400 000 G.R.	20 % P.L.
5 500 G.B.	18 % G.L.
48 % P.N.	12 % Monocytes
1 % P.E.	
1 % P.B.	

Un électrocardiogramme est strictement normal.

Le 27, la coproculture faite le 21 considérée comme négative le 23 est revue et, cette fois, elle est positive :

présence de SALMONELLA TYPHI

L'hémogramme montre une accentuation de la leucopénie et de la neutropénie :

3 900 000 G.R.	20 % P.L.
4 600 G.B.	25 % G.L.
38 % P.N.	12 % Monocytes
4 % P.E.	
1 % P.B.	

210.000 plaquettes

La V.S. est 18 à la 1ère heure

47 à la 2ème heure

La fibrinémie est 5,10 g par litre

L'électrocardiogramme est normal.

Le 29 août, l'état du malade est satisfaisant.

Une coproculture, faite le 25, est négative.

Le 1er septembre, nouvel hémogramme :

3 800 000 G.R.	19 % P.L.
5 500 G.B.	20 % G.L.
49 % P.N.	4 % Monocytes
8 % P.E.	
0 P.B.	

Le 2 septembre, un séro-diagnostic T.A.B. est positif en T (O) aux dilutions de 1/100 et 1/200 tandis que l'identification du germe par l'Institut Pasteur indique qu'il s'agit en fait d'une paratyphoïde A (Salmonella panama).

Le 8, une coproculture est négative. La leucopénie et la neutropénie n'ont pas varié :

4 100 000	G.R.	17 %	P.L.
5 300	G.B.	14 %	G.L.
48 %	P.N.	14 %	Monocytes
6 %	P.E.		
1 %	P.B.		

On décide d'arrêter ce traitement par tifomycine : le malade restera apyrétique.

Un séro-diagnostic T.A.B. négatif confirmera sa guérison. Il sort enfin le 12 Septembre.

Il s'agit donc d'une fièvre paratyphoïde A qui a été suspectée sur les signes fonctionnels, cliniques et biologiques suivants :

- | | |
|-------------|--|
| - asthénie | - fièvre |
| - myalgies | - dissociation du pouls et de la température |
| - frissons | - fosse iliaque droite gargouillante |
| - sudation | - petit syndrome dysentérique |
| - céphalées | - leucopénie |

Elle a été confirmée par trois hémocultures et une coproculture positives ainsi qu'un séro-diagnostic T.A.B.

Le traitement par chloramphénicol per os a été de 17 jours dont 11 à raison de 1,75 g par jour.

Le malade est sorti guéri après une évolution sans complication. On notera toutefois, que si le séro-diagnostic T.A.B. est positif en T (0), l'identification du germe par l'Institut Pasteur a conclu à la présence de *Salmonella Panama* du groupe para-typhi A.

OBSERVATION N° 12

165.IIO

Monsieur TOU ... Ahmed, 31 ans, chercheur au C.N.R.S., de nationalité algérienne, ressent, le 8 juin 1969, de la fièvre avec frissons.

Plusieurs jours se passent sans amélioration : au contraire une asthénie s'installe à laquelle s'ajoutent des céphalées et de l'insomnie.

Le 16, il consulte son médecin qui note dans les antécédents une ingestion d'huîtres le 21 mai à l'Ile d'Oléron. Il examine le malade :

- fièvre
- dissociation du pouls et de la température
- splénomégalie discrète.

Il pense à une fièvre typhoïde et demande que Monsieur TOU ... soit admis à l'Hôpital Universitaire.

A l'entrée, le malade est prostré. Il est très fatigué et le moindre effort lui coûte. Il ne peut dormir et se plaint de céphalées frontales.

La fièvre est à 39° avec pouls dissocié (80). La T.A. est normale (11/7). L'abdomen est souple mais la fosse iliaque droite est gargouillante. Il n'existe pas de taches rosées lenticulaires.

La rate est augmentée de volume (débord de 3 travers de doigt en décubitus latéral droit).

Il n'y a ni diarrhée ni constipation.

Enfin, malgré les céphalées, l'examen neurologique ne montre aucun signe d'atteinte méningée.

Le 17 juin, l'hélogramme montre une leucopénie sans granulopénie :

4 650 000	G.R.	14 %	P.L.
4 800	G.B.	11 %	G.L.
74 %	P.N.	0 %	Monocytes
0	P.E. et P.B.		

V.S. . 35 à la 1ère heure

60 à la 2ème heure

L'hématocrite est 45 %

L'urée sanguine est : 0,32 g par litre

Devant tous ces signes tant cliniques que biologiques, on décide de traiter le malade par chloramphénicol per os à doses progressives :

0,25 g le 17 juin

0,50 g le 18 juin

1 g le 19

1,50 g du 20 au 28 inclus.

Le 18 juin, un frottis sanguin et une goutte épaisse concluent à l'absence d'hématozoaires.

L'examen de fond d'oeil montre des papilles hyperhémisées à bord un peu effacé ("aspect congénital vraisemblable").

Le 19, un bilan hépatique est normal :

- bilirubine totale 3 mg par litre

libre 2 mg par litre

- transaminases SGOT 22 Unités
SGPT 12 Unités
- phosphatases alcalines 2,3 U.B.
- mac lagan 1 U.V.
- Red colloïdal test 1
- closs 4
- hanger 0
- kunkel zinc 35 U.V.
- gros négatif à 2 ml
- taux de prothrombine 100 %
- protides totaux 70 g par litre dont 43 % d'albumine
 - 8 % α_1 globulines
 - 11 % α_2 globulines
 - 16 % β globulines
 - 22 % γ globulines

(électrophorèse des protides)

Le cholestérol total est 1,40 g par litre

Lipides totaux 5,92 g par litre

Le fer sérique est 40 μ g par litre

Le 20 juin un séro-diagnostic T.A.B. est faiblement positif en A (0) aux dilutions de 1/100 et 1/200 (prélèvement du 17 juin).

Le 21, le malade, dont l'état général s'était déjà amélioré, est complètement apyrétique.

Le 24, un nouveau séro-diagnostic T.A.B. est, cette fois, négatif. L'examen de fond d'oeil ne montre aucune anomalie (sans doute les modifications du fond d'oeil précédent pouvaient être en rapport avec un syndrome septicémique).

Le 26, la leucopénie est toujours présente, mais une granulopénie fait décider d'arrêter le traitement :

4 700 000 G.R.	37 % P.L.
4 800 G.B.	25 % G.L.
28 % P.N.	6 % Monocytes
4 % P.E.	
0 P.B.	

Hématocrite 45 %

Le 30, la leucopénie et la granulopénie se corrigent :

4 550 000	G.R.	23 %	P.L.
5 900	G.B.	16 %	G.L.
57 %	P.N.	0 %	Monocytes
4 %	P.E.		
0	P.B.		

Hématocrite 43 %

Le 2 juillet un séro-diagnostic T.A.B. est négatif

Le 7, nouvel hémogramme

4 700 000	G.R.	22 %	P.L.
4 200	G.B.	20 %	G.L.
50 %	P.N.	1 %	Monocytes
7 %	P.E.		
0	P.B.		

Hématocrite 43 %

L'électrocardiogramme est normal. Le malade sort.

Après sa sortie, le service est avisé que les hémocultures faites à l'hospitalisation du malade (16 juin) n'ont toujours pas été positives le 17 juillet.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde suspectée sur des signes fonctionnels (céphalées, asthénie, tufhos, insomnie), cliniques (fièvre et frissons, dissociation du pouls et de la température, fosse iliaque gargouillante, splénomégalie) et biologiques (leucopénie).

La confirmation est donnée par le séro-diagnostic T.A.B. (bien que cet examen soit faiblement positif).

Le traitement par chloramphénicol (12 jours dont 9 à raison de 1,50 g par jour per os) a été efficace amenant rapidement la défervescence.

L'évolution a été simple, sans complication. Toutefois, il faut noter qu'on n'a aucun élément formel de confirmation du diagnostic :

- il n'y a pas eu de coproculture
- les hémocultures ont été négatives

S'agit-il d'une fièvre typhoïde ou d'une paratyphoïde A comme le suggère le séro-diagnostic T.A.B. ? On ne peut avoir aucune certitude à ce sujet.

Monsieur RIC ... Michel, 21 ans, de nationalité française, est hospitalisé le 19 avril 1967 pour fièvre inexpliquée.

Pendant ses vacances en Loire Atlantique, il a ressenti des frissons (4 avril). Une anorexie s'installe. Il n'a ni nausées, ni vomissements, le sommeil n'est que peu perturbé, mais la sudation nocturne est importante. Il est fatigué le matin, mais continue son travail.

Il n'y a aucune notion de céphalée. Pas non plus de dysphagie ni de trouble du transit.

Il se souvient aussi d'une douleur épigastrique peu importante sans irradiation survenant par crise, sans facteur déclenchant ni signe d'accompagnement.

Dès le 9 ou 10 avril, le sommeil est agité. Le 16, se sentant fébrile, il prend sa température : 40° C dans la journée, même chose le soir. Selon la famille, mais non le malade, il y aurait eu des céphalées.

On ne retrouve qu'une notion vague de contagé : absorption de coquillages vers le 31 mars ou le 1er avril. Mais aucun de ceux qui en ont absorbé avec lui n'a eu le moindre trouble.

L'examen fait à l'entrée note :

- le malade est un peu obnubilé, asthénique
- il se plaint d'une douleur thoracique gauche à l'inspiration profonde
- température 39°5 - pouls 100 (dissocié) - T.A. normale 13/8
- éruption sur l'abdomen et le thorax : éléments rosés, surélevés, non prurigineux que l'on retrouvera quelques jours plus tard aussi sur les bras
- la gorge est propre, la langue franchement saburrale
- l'abdomen est souple, indolore - la fosse iliaque droite est gargouillante
- il existe une splénomégalie importante douloureuse
- il n'existe aucun signe de souffrance méningée - l'examen neurologique est strictement normal

Dès le 20 avril, la biologie apporte un élément de plus à ce tableau évocateur de la fièvre typhoïde : une absence d'hyperleucocytose :

	6200 G.B.	6 % P.L.
dont	69 % P.N.	15 % G.L.
	0 P.E. et P.B.	9 % Monocytes

on note la présence d'une cellule hyperbasophile.

Il y a aussi 4 140 000 G.R. - L'hématocrite est de 38 %

Il existe une albuminurie

L'urée sanguine est normale (0,28 g par litre).

Les transaminases sont élevées : SGOT 150 U et SGPT 125 U.

Bien que le malade ait déjà reçu de l'héxacycline puis de la pénicilline et de la tifomycine pendant 4 jours, on fait plusieurs hémocultures.

Le 21 avril, le malade est déshydraté. Il a la bouche sèche et une soif importante.

Il n'existe pas cependant de signe du pli cutané.

La splénomégalie est toujours présente.

L'auscultation cardiaque est normale, mais le pouls dissocié (100) pour une température de 40° C.

Le malade a eu, le matin, trois selles liquides sur lesquelles on fait des coprocultures.

On traite alors le malade par hémisuccinate sodique de chloramphénicol à la dose de 1 g par 24 h par voie intra-veineuse.

Le 22, la vitesse de sédimentation est 6 à la 1ère heure

14 à la 2ème heure

Il n'existe ni pigments ni sels biliaires dans les urines.

La bilirubine totale est de 10 mg par litre, les phosphatases alcalines 12 U Bodanski.

On fait une ponction lombaire qui est normale (la mise en culture du liquide céphalorachidien sera négative).

Albumine : 0,25 g par litre

Glucose : 0,93 g par litre

2 éléments par mm³ essentiellement constitués par des lymphocytes avec quelques rares polynucléaires.

Le débit minute de l'urine note l'absence totale d'hématies, de leucocytes de cylindres.

Les transaminases ont augmenté : SGOT 600 U et SGPT 350 U.

Le 24, accentuation de la leucopénie et diminution du nombre des polynucléaires neutrophiles.

4 900 G.B.

20 % P.L.

59 % P.N.

10 % G.L.

1 % P.E.

10 % Monocytes

0 P.B.

4 000 000 de G.R.

Hématocrite 37 %

Les transaminases ont diminué SGOT 290 U et SGPT 400 U.

Le séro-diagnostic T.A.B. (fait le 20) revient positif en T (O) jusqu'à une dilution de 1/400 et en T (H) jusqu'au 1/800.

Le séro-diagnostic de Paul et Bunnell est négatif.

Les coprocultures sont négatives et le resteront jusqu'à la fin de l'hospitalisation.

A ce moment la splénomégalie a regressé mais la rate est encore palpable.

On arrête alors le traitement par hémisuccinate sodique de chloramphénicol intra-veineux et on entreprend un traitement par chloramphénicol per os à la dose de 1 g 50 par 24 heures.

Le 25 avril, on note un clocher thermique entre 21 h et 0 heure dont la maxima tombe progressivement à 38°3 dans la nuit, Au matin : 37°.

Ce jour, l'électro-cardiogramme montre un allongement de l'espace PR (24 centièmes) avec sur dénivellation de ST nette en D2, D3, AVF, V4, V5 et V6. Mais la radiographie montre un coeur de volume normal.

Sur le plan biologique, le 26, on note :

4 080 000	G.R.	12 %	P.L.
4 100	G.B.	20 %	G.L.
50 %	P.N.	16 %	Monocytes
2 %	P.E.		
0	P.B.		

Hématocrite : 40 %

La natrémie est basse (123 mEq par litre) la kaliémie aussi (3,8 mEq par litre).

(Le malade est alors traité par des perfusions de sérum salé isotonique puis le lendemain, sérum salé isotonique et sérum glucosé hypertonique). La bilirubine totale est de 14 mg par litre

Les transaminases : SGOT 290 U et SGPT 400 U.

Les phosphatases alcalines 22 U. Bodanski.

Le soir, on apprend qu'une hémoculture (faite le 20) a poussé et montre la présence de :

SALMONELLA TYPHI (culture aérobie et anaérobie)

Le 27, un second séro-diagnostic T.A.B. (prélèvement du 26) est positif en T (O) jusqu'au 1/400.

T (H) 1/400.

Le 28, la leucopénie s'est encore accentuée : 2 800 G.B. dont :

55 % P.N. 23 % P.L.

1 % P.E. 12 % G.L.

0 P.B. 9 % Monocytes

Hématocrite : 35 %

3 590 000 G.R.

Les troubles de l'électro-cardiogramme ont-ils été la traduction d'une atteinte myocardique ? cela semble très possible.

Le chiffre important de transaminases a-t-il été le signe biologique d'une hépatite ou a-t-il accompagné l'atteinte cardiaque ?

On demande une galactosurie et hippuricurie provoquée, mais, à la demande de son père, médecin, le malade sort prématurément.

Au total, il s'agit donc d'une fièvre typhoïde suspectée sur les signes fonctionnels et cliniques (asthénie, troubles du sommeil, fièvre avec pouls dissocié, sudation, splénomégalie, fosse iliaque droite gargouillante etc ...) confirmée par une hémoculture - malgré la prise de tifomycine - et deux séro-diagnostic T.A.B. positifs.

Les coprocultures sont restées négatives,

Elle a été compliquée très vraisemblablement par une atteinte myocardique et une atteinte hépatique.

Enfin, on ne connaît pas la durée exacte du traitement (le malade étant sorti avant l'interruption de celui-ci et avant sa guérison clinique).

OBSERVATION N° 14

105.277

Madame VU CONG ... Jeanine, 36 ans, danseuse de cabaret, de nationalité française, est admise à l'H.I.U.P. le 10 septembre 1964 pour syndrome fébrile avec céphalées et asthénie.

Dès le 3 septembre 1964, Madame VU CONG ... se sent fatiguée. Elle n'a pas d'appétit. Elle ressent un malaise général. Le lendemain, s'ajoutent

des céphalées frontales, des myalgies (cuisses et membres supérieurs) et des arthralgies (épaules), se sentant fébrile elle prend sa température : 38°9.

Ce tableau persiste le 5 et le 6. Le 7, la température dépasse 39°. Elle n'a ressenti jusque là aucune douleur abdominale.

Le 8, elle consulte son médecin qui lui prescrit acide acétylsalicylique et déméthylchlortétracycline (Méxocina^x) et demande des examens urinaires qui montreront le lendemain :

Hématies en nombre supérieur à la normale

Nombreux cylindres hyalins

Absence de germes.

Mais la fièvre reste à 38°5 et l'hospitalisation survient le 10.

Ce jour, la malade se plaint toujours d'asthénie, d'anorexie, de céphalées frontales, de myalgies. Il n'y a plus d'arthralgies. Pas de tufos ni d'obnubilation.

La température est 38°5 avec pouls en rapport. La T.A. 10/5,5. La gorge est propre.

Il n'existe aucun signe de souffrance méningée (l'examen neurologique est strictement normal).

L'abdomen est souple, sans taches rosées. Il n'existe ni hépatomégalie ni splénomégalie. Mais la fosse iliaque droite est douloureuse à la palpation et gargouillante.

Enfin, alors qu'il n'y avait eu jusqu'ici aucun syndrome digestif, la malade présente le soir des selles diarrhéiques.

La biologie montre : absence d'albuminurie et du glycosurie.

Hémogramme :

4 020 000	G.R.	II %	P.L.
6 000	G.B.	21 %	G.L.
71 %	P.N.	7 %	Monocytes
0	P.E. et P.B.		

V.S. 40 à la 1ère heure

84 à la 2ème heure

Urée sanguine normale (0,25 g par litre)

Frottis sanguin - goutte épaisse : absence d'hématozoaires

Protides totaux 75 g par litre dont l'électrophorèse précise :

Albumine	56 %
α_1 Globulines	3 %
α_2 Globulines	9 %
β Globulines	14 %
γ Globulines	18 %

Enfin, on note dans les antécédents personnels :

1952 : amibiase intestinale à Saigon - traitement par Emetine

Juillet et août 1964 : séjour en Espagne du Sud.

Le 11 septembre, la diarrhée persiste.

Un débit des hématies et leucocytes minute est normal : 6 000 G.B.

I 500 G.R.

Absence de cylindre

10 100 cellules

épithéliales

On fait une uroculture qui sera négative le lendemain.

Entre le 10 et le 11, 7 hémocultures ont été faites.

Le 12, la diarrhée s'arrête spontanément.

Une coproculture faite le 10 montre la présence de colibacilles, mais pas de salmonelles ni de shigelles.

On commence alors un traitement par tifomycine per os :

0,25 g par jour le 12 et le 13

0,50 g par jour les 14, 15 et 16

0,75 g par jour le 17 et le 18

1 g par jour le 19 et le 20

1,25 g par jour le 21

1,50 g par jour les 22, 23, 24 et 25 septembre.

Le 14 un séro-diagnostic T.A.B. (fait le 12) revient négatif.

Le 15, alors que la malade reçoit seulement 0,50 g de tifomycine par jour la température revient à la normale (après seulement 4 jours de traitement) et la malade restera dès lors apyrétique.

On note à ce moment la présence dans les selles de :

- Trophozoites et kystes de chilomastix rares kystes d'entamoeba coli auxquels s'ajouteront le surlendemain :
- des trophozotes d'endolimax nana

Le 16, trois hémocultures faites à l'entrée reviennent positives : présence de SALMONELLA TYPHI.

Le séro-diagnostic de Brucellose, demandé à l'Institut Pasteur (car douleurs articulaires avant l'entrée et leucopénie le 10 septembre) revient négatif.

Le 17 une nouvelle coproculture est négative (une autre le sera tout autant le surlendemain).

Le 19, nouvel hémogramme :

3 750 000 G.R.	10 % P.L.
6 200 G.B.	18 % G.L.
62 % P.N.	4 % Monocytes
5 % P.E.	
1 % P.B.	

V.S. 44 à la 1ère heure

80 à la 2ème heure

Le 22, l'état général est excellent.

Il n'existe aucun trouble digestif. Cependant une chute de cheveux habituelle chez la malade est accentuée par la fièvre typhoïde.

Un second séro-diagnostic T.A.B. revient négatif.

Le 25 nouvel hémogramme : leucopénie persistante et neutropénie

4 020 000 G.R.	17 % P.L.
6 800 G.B.	25 % G.L.
43 % P.N.	8 % Monocytes
7 % P.E.	
0 P.B.	

V.S. 34 à la 1ère heure

80 à la 2ème heure

Le 27, on arrête le traitement par tifomycine.

Un 3ème séro-diagnostic T.A.B. est négatif (prélèvement du 25 septembre).

Une électrophorèse des protides montre :

	Albumine	59 %
α_1	Globulines	1 %
α_2	"	8 %
β	"	13 %
γ	"	19 %

La malade sort enfin guérie le 2 octobre.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde suspectée sur les signes fonctionnels, cliniques et biologiques (fièvre, céphalées, asthénie, anorexie, fosse iliaque droite gargouillante et douloureuse, diarrhée, absence d'hyperleucocytose).

Elle a été confirmée par trois hémocultures positives.

Elle a évolué sans complication.

Le traitement a duré 14 jours dont 4 à raison de 1,50 g par jour de tífomycine per os.

Enfin, on notera qu'il n'y a eu à aucun moment :

- de taches rosées
- d'épistaxis
- de splénomégalie

que toutes les coprocultures et séro-diagnostic T.A.B. ont été négatifs.

OBSERVATION N° 15

I87.570

Monsieur CHA ... Roger, 36 ans, ingénieur en électronique, de nationalité française, est hospitalisé le 3 juin 1970 pour un syndrome fébrile d'allure septicémique.

Les troubles commencent, alors que le malade se trouve à MOSTAGANEM (Algérie), vers le 25 mai :

il ressent une fièvre sans frissons, des céphalées, des courbatures, des myalgies des membres inférieurs.

Il prend sa température (38° - 39°). Il est constipé, se plaint de douleurs abdominales et supporte mal la lumière. Il est anorexique et n'absorbe que des liquides.

Il est à noter que dans son entourage, d'autres personnes ont été atteintes les uns d'ictère, les autres de fièvre, enfin d'aucuns ont présentés ictère et fièvre sans douleurs abdominales selon le malade.

Il consulte un médecin qui lui donne un traitement par chymocycline^x

Il est alors rapatrié et consulte à l'H.I.U.P.

On constate qu'il est obnubilé (tuphos léger mais certain).

Il se plaint de céphalées, de douleurs abdominales, de courbatures, d'une légère photophobie, de constipation avec nombreuses émissions de gaz.

Il dit avoir été vacciné contre la fièvre typhoïde (DTT AB lors de son séjour dans l'armée) mais plus de 10 ans auparavant.

(Autres antécédents : hépatite virale, ankylostomiase, taeniasis).

L'examen clinique note une fièvre (38°9) avec pouls à 100 (légèrement dissocié) une T.A. normale, un léger subictère conjonctival.

Il tousse un peu mais l'auscultation ne montre pas d'anomalie.

Une petite raideur de la nuque n'est accompagnée d'aucun signe objectif d'atteinte méningée.

La langue est saburrale.

Il n'existe pas de splénomégalie mais une hépatomégalie qui ne sera pas retrouvée lors d'examens ultérieurs et doit donc être considérée comme incertaine. L'abdomen est souple, mais le cadre colique douloureux à la palpation.

Il existe aussi une petite plaie au pied gauche mais sans douleur ni adénopathie.

Enfin les urines sont foncées.

Il est hospitalisé et on entreprend aussitôt des examens complémentaires : hémocultures, frottis, goutte épaisse qui seront négatifs et numération formule sanguine.

Les résultats sont peu évocateurs d'une fièvre typhoïde :

11 400	G.B.	1 %	P.L.
85 %	P.N.	8 %	G.L.
0	P.E. et P.B.	6 %	Monocytes

La V.S. est 15 à la 1ère heure

31 à la 2ème heure

L'urée sanguine est normale : 0,34 g par litre

Mais, l'atteinte hépatique est certaine :

Transaminases SGOT 73 Unités

SGPT 290 Unités

Phosphatases alcalines 7 U. Bodanski

Sels et pigments biliaires présents dans les urines.

Etant donnés les antécédents parasitologiques du malade (ankylostomiase et taeniasis) et ses nombreux séjours en Afrique, on pense à une localisation extra intestinale d'une amibiase, et on demande l'avis du service de parasitologie de l'H.I.U.P.

Le Chef de Service pense que le tableau évoqué jusque là (tant clinique que biologique) évoque une salmonellose plutôt qu'une amibiase ...

tissulaire, car la V.S. est peu élevée et il n'existe pas de douleur hépatique.

On entreprend alors (le 5 juin) un traitement par chloramphénicol per os : 0,25 g le 5 juin

0,50 g les 6, 7 et 8 juin

0,75 g le 9 juin

1 g le 10

1,50 g le 11

2 g du 12 au 21 juin inclus.

La défervescence se produit en 6 jours, la température étant de 37° le 11 juin.

Toutefois les examens cliniques sont peu en faveur d'une fièvre e typhoïde (coproculture, séro-diagnostic T.A.B. négative) à l'exception d'une numération formule sanguine :

leucopénie	6 400 G.B.	15 % Mononucléaires
dont	57 % P.N.	17 % Petits lymphocytaires
	6 % Eosinophiles	5 % Grands lymphocytaires
	0 Basophiles	

L'hématocrite est de 39 %

Les examens hépatiques confirment ce qu'on savait déjà : l'atteinte hépatique (qui s'est biologiquement aggravée).

Le 8 juin Transaminases SGOT 171 Unités

SGPT 430 Unités

Taux de prothrombine 100 %

Le 10 juin Taux de prothrombine 67 %

Phosphatases alcalines 11, 9 U.B.

Les autres examens sont moins évocateurs :

Mac Lagan 3 U.V.

Closs 3

Kunkel zinc 30 U.V.

RCT 0

Hanger 0

Gros négatif à 2 ml

Cholestérol total 1,65 g par litre

Lipides totaux 5,04 g par litre

Les protides totaux sont nettement diminués le 8 juin : 41 g par litre

dont sérum Albumine 36 %
 α_1 Globulines 9 %

α_2	Globulines	22 %
β	Globulines	17 %
γ	Globulines	16 %

Leur taux remonte cependant le 10 juin

72 g par litre de protides totaux

dont 36 g de sérum albumines

36 g de sérum globulines

dont 7 % d' α_1 globulines

19 % d' α_2 globulines
19 % d' β globulines
21 % d' γ globulines

Les autres examens biologiques n'apportent rien de précis :

Amylasémie 185 unités caraway

Amylasurie 299 unités caraway

puis 187 unités caraway

puis 197 unités caraway

Présence d'albumine dans les urines

Culot urinaire : quelques leucocytes altérés isolés, rares hématies, rares
cellules épithéliales isolées - pas de germe

Séro-diagnostic de Wright négatif

Séro-diagnostic d'amibiase par immunofluorescence : négatif

Etant donné l'atteinte hépatique, on traite aussi ce malade par :

NORBILINE

Le 15 juin, il existe toujours une leucopénie :

5 900 G.B.

dont 58 % P.N.

21 % Petits Lymphocytes

2 % Eosinophiles

14 % Grands lymphocytes

0 % Basophiles

5 % Monocytes

V.S. 10 à la 1ère heure

36 à la 2ème heure

Hématocrite 35 %

Mais l'atteinte hépatique régresse :

Bilirubinémie totale 8 mg par litre

libre 6 mg par litre

Transaminases SGOT 48 U.

SGPT 62 U.

Phosphatases alcalines 7,4 U. Bodanski

Il n'existe plus de subictère. L'hématocrite bas (35 %) fait penser à une hémorragie digestive, mais la T.A. reste normale : 14/8.

Le 16 juin, la leucopénie s'accroît :

4 700 G.B.

dont 49 % P.N.

21 % P.L.

2 % P.E.

23 % G.L.

0 P.B.

5 % Monocytes

L'hématocrite est 47 %

Le 19 juin, la leucopénie est égale à celle même mais la neutropénie est plus importante :

4 700 G.B.

dont 35 % P.N.

32 % P.L.

2 % P.E.

24 % G.L.

0 P.B.

7 % Monocytes

L'hématocrite est à 36 % mais la T.A. est de 12/8 et l'état du malade très satisfaisant.

Le 22 juin, la leucopénie (3550 G.B.) et surtout la neutropénie (27 %) font arrêter le traitement par chloramphénicol

Autres éléments : P. éosinophiles 2 %

P. basophiles 0 %

Petits lympho 37 %

Grands lympho 28 %

Monocytes 6 %

Hématocrite 38 %

Ceci amène une remontée lente du taux des polynucléaires neutrophiles le 26 juin (la leucopénie s'étant encore accentuée) :

3 300 G.B.

29 % P.N.

40 % P.L.

2 % P.E.

23 % G.L.

0 P.B.

6 % Monocytes

Hématocrite 35 %

Le 26 juin un séro-diagnostic T.A.B. (prélèvement du 22 juin) revient positif mais à des dilutions encore assez importantes :

positif en T (H) au 1/100

douteux en T (H) au 1/200

négatif en T (H) au 1/400

négatif en T (O), A (O), et (H), B (O) et (H)

Il sera suivi d'un autre le 29 juin qui est, lui, négatif.

Le 1er juillet, l'état général du malade est bon, et ses examens biologiques s'améliorent :

4 200 G.B.

dont 36 % P.N.

39 % P.L.

3 % P.E.

15 % G.L.

0 P.B.

7 % Monocytes

Hématocrite 40 %

Le malade sort guéri le 2 juillet 1970.

Les autres examens demandés pour éliminer une affection autre que la fièvre typhoïde ont tous été négatifs :

15 juin Séro-diagnostic de Wright

Séro-diagnostic de Paul et Bunnell

11 juin Séro-diagnostic d'amibiase par immunofluorescence

18 juin

18 juin Réaction de fixation du complément pour les coxsakies 12 types A
groupe B

19 juin Agglutination est Rickettsies Prowazeki Moogéri

Conosi Burneti

Néo rickettsies T 13

Q 18

19 juin Réaction de fixation du complément effectuée avec l'antigène du
groupe adenovirus

23 juin Recherche d'agglutinines sériques à l'égard de 16 séro-groupes de
leptospires.

Au total, il s'agit donc vraisemblablement d'une fièvre typhoïde :

- | | |
|---|---|
| - tephos | - constipation (petit syndrome digestif) |
| - fièvre avec pouls légèrement dissocié | - leucopénie avec neutropénie |
| - céphalées | - efficacité du traitement par la
seule tifomycine |

Toutefois il n'existe pas :

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| - d'épistaxis | - de diarrhée |
| - de taches rosées lenticulaires | - d'hémoculture positive |
| - de splénomégalie | - de coproculture positive |

Un seul séro-diagnostic T.A.B. est positif (encore l'est-il pour une dilution de 1/100 seulement), mais ceci n'est pas négligeable.

Les autres affections ont été éliminées (amibiase, hépatite virale brucelloses, leptospirose, infection à adénovirus, à coxsackies, à rickettsies, ou néorickettsies, paludisme enfin).

Cependant, l'évolution n'a pas été exempte de complications hépatiques (qui ont bien regressé sous traitement) ni d'hémorragies digestives vraisemblables (voir les hématocrites successifs)

Le contagé n'a pas été retrouvé.

Le malade est sorti guéri après un traitement de 17 jours dont 10 à raison de 2 g par jour de chloramphénicol per os.

OBSERVATION N° 16

II4.424

Monsieur CHAR ... Aimé, 22 ans, né à la Martinique, en France depuis 1960, étudiant en médecine, est hospitalisé le 20 février 1965 à la demande de l'Assistance Publique (Hôpital de la Pitié-Salpêtrière) pour crise douloureuse épigastrique.

Le soir du 19 février, Monsieur CHAR ... absorbe environ un litre de lait non bouilli.

Dans la nuit du 19 au 20, vers 2 h du matin, il est réveillé par une crampe très violente et très douloureuse siégeant au creux épigastrique. Jusqu'au matin il a 15 selles diarrhéiques avec présence de sang rouge. Il vomit une fois.

Le 20 février, vers midi, la douleur est moindre et la diarrhée a cessé.

Il consulte à l'Hôpital de la Pitié où l'interne qui l'examine note une douleur provoquée vive à la pression de l'épigastre. L'abdomen est souple.

Il est alors transféré à l'H.I.U.P. et à son entrée on constate :

- température 38° C
- pouls dissocié (72)
- T.A. normale 12/6
- pas de subictère
- abdomen souple sans hépatomégalie ni splénomégalie.

Le reste de l'examen clinique est strictement normal.

Du point de vue biologique :

- traces d'albumine dans les urines (pas de glycosurie) qui auront disparu 3 jours plus tard.
- petite hyperleucocytose : 9 000 G.B. dont 62 % P.N. 5 % P.L.
O P.E. 27 % G.L.
O P.B. 6 % Monocytes
- amylasémie normale (16 Unités Wohlgemuth)

Ses antécédents personnels sont à prédominance digestive :

- syndrome ulcéreux rythmé par les repas (douleurs épigastriques à type de crampe 4 heures après chaque repas avec sensation de faim douloureuse) survenant par période de 20 jours environ, sans un manque, depuis 6 ans (début en 1959) à raison de 5 ou 6 périodes par an

Mais, diverses radiographies d'estomac pratiquées entre 1960 et 1962 montrent tout au plus un bulbe irritable, une bulbite sans ulcère. Des contrôles gastriques faits dans le service de Monsieur le Professeur BARIETY à l'Hôtel Dieu ainsi qu'un tubage gastrique (normochlorydrique) n'ont permis de relever aucune anomalie ulcéreuse.

Une gastroscopie faite par le Docteur HOUSSET, dans le service de Monsieur le Professeur DEBRAY, a montré une muqueuse rouge, hypersecrétante, sans ulcère.

Il reçoit le 20 février :

- 1/2 ampoule de prométhazine
- 1/2 ampoule de chlorpromazine

et du 20 février au 2 mars, 1/4 de milligramme d'atropine par jour en injection intra-veineuse.

Les douleurs abdominales se calment. La diarrhée a disparu, mais la fièvre persiste (38°) avec des oscillations irrégulières.

Les autres examens biologiques montrent :

le 22 4 920 000 G.R.
 9 000 G.B.
 61 % P.N. 9 % P.L.
 1 % P.E. 16 % G.L.
 1 % P.B. 12 % Monocytes

Urémie : 0,28 g par litre

Culot urinaire : présence de quelques leucocytes et d'assez nombreux cristaux
d'acide urique

Amylasurie : 256 unités Wohlgemuth

Le 24 février

Présence de colibacilles et de champignons type endomyces dans les selles

Absence de staphylocoques
salmonelles
shigelles

Biopsie rectale montrant l'absence de parasites

Le 25

Uricosurie à 0,25 g par litre

Amylasurie 128 U.W.

Absence de parasites dans les selles

Le 26

Uricosurie 0,43 g par litre

Amylasurie 128 U.W.

Absence de parasite dans les selles

Le 27

Uricosurie 1,12 g par litre

Amylasurie 128 U.W.

Absence de parasite dans les selles

Le 1er mars

4 640 000 G.R.
13 200 G.B.
29 % P.N. 14 % P.L.
1 % P.E. 44 % G.L.
1 % P.B. 11 % Monocytes

Les monocytes ayant un cytoplasme hyper-
basophile

Le 3 mars

Un séro-diagnostic T.A.B. est négatif

Un séro-diagnostic de Paul et Bunnell est négatif

Transaminases SGOT 55 unités
SGPT 50 unités

A ce moment on a envisagé plusieurs diagnostics :

On a éliminé :

1/ dysenterie aiguë à staphylocoques secondaire à l'ingestion de lait crû mais la température est restée aux alentours de 38° C et on n'a pas retrouvé de staphylocoques pathogènes dans les selles.

2/ amibiase intestinale en poussée aiguë, mais, si la rectoscopie montre la présence de glaires sanglantes, elle note aussi que la muqueuse est peu modifiée sauf au niveau de la valvule de Houston où l'on note un aspect inflammatoire modéré sans exulcérations. La biopsie ne montre pas de parasites. Il n'a pas été retrouvé d'amibes dans les selles.

On évoque :

1/ Une fièvre typhoïde ou paratyphoïde (fièvre à 38°, pouls dissocié, diarrhée sanglante - c'est-à-dire petites hémorragies intestinales -) mais il n'existe pas de leucopénie et si une neutropénie vient d'apparaître (29% de polynucléaires neutrophiles le 1er mars), elle est accompagnée d'un important pourcentage de grands et petits lymphocytes et de monocytes qui peut évoquer une mononucléose (bien que le séro-diagnostic de Paul et Bunnell soit négatif) Cependant les hémocultures, les coprocultures et le séro-diagnostic T.A.B. sont négatifs.

2/ une pancréatite (amylasurie à 256 puis 128 U.Wohlgemuth) mais l'amy-lasémie est normale (16 U.W.).

3/ une hépatite mais les transaminases sont normales.

L'état général s'améliore. Il n'existe plus de troubles digestifs.

Le 5 mars, il existe toujours une hyperleucocytose mais la neutro-pénie s'est accentuée alors que le taux des mononucléaires reste sensiblement égal et bas.

4 300 000 G.R.

10 200 G.B.

24 % P.N.

6 % P.E.

0 P.B.

12 % P.L.

44 % G.L.

11 % Monocytes

3 cellules à cytoplasme hyperbasophile.

On notera toutefois une diminution régulière des hématies (5 140 000 à l'hospitalisation).

La calcémie est de 94 mg par litre.

Le 9 mars, amylasurie : 256 U.W.

Le 10, un deuxième séro-diagnostic de Paul et Bunnell est négatif.

Le 11, une électrophorèse de l'hémoglobine est normale (recherche d'une porphyrurie éventuelle).

Le 12, pour la 1ère fois, une leucopénie modérée apparaît alors que la neutropénie reste stable et que le pourcentage des mononucléaires se modifie peu :

4 100 000 G.R.

7 200 G.B.

29 % P.N.

21 % P.L.

4 % P.E.

39 % G.L.

0 P.B.

7 % Monocytes

La V.S. est 20 à la 1ère heure

46 à la 2ème heure.

Le malade est alors apyrétique (37° C). Son état général est bon.

Il a grossi de 2 kilos. Ses radiographies d'estomac ne montrent pas d'anomalie.

Enfin, le 15 mars un séro-diagnostic, T.A.B. revient positif en B (O) pour une dilution de 1/100, négatif en B (H), T (O) et (H), A (O) et (H) mais en même temps, l'amylasémie augmente (128 U.W.) ainsi que les transaminases SGOT 89 U (les SGPT restant à 40 U).

Le 17 on commence un traitement par chloramphénicol per os :

0,25 g le 17 et le 18

0,50 g le 19

0,75 g le 20

1 g le 21

1,50 g les 22, 23, 24 et 25 mars.

Le 18, ce malade se plaint d'un nouvel épisode douloureux épigastrique calmé par une injection de phénergan-largactil (1/2 ampoule de chaque) comme précédemment.

Le 26, arrêt du traitement par le chloramphénicol. L'état du malade reste excellent. Il est apyrétique et n'a plus aucun trouble.

Des radiographies de l'intestin grêle et du cadre duodénal sont normales.

La leucopénie et la neutropénie s'atténuent, le taux des monocytes diminue.

Le 26 mars :

4 420 000 G.R.

7 200 G.B.

43 % P.N.

24 % P.L.

3 % P.E.

20 % G.L.

0 P.B.

10 % Monocytes

Le malade sort enfin le 27 mars. Il revoit ensuite le Docteur TOULET, gastro-entérologue, qui continuera à le suivre.

En avril 1965 ce dernier conclut :

" Il semble que le malade a été atteint d'une salmonellose para B avec réaction pancréatique inflammatoire ou infectieuse, ou réveil d'un trouble pancréatique plus ancien. Mais le lien actuel avec la symptomatologie antérieure est difficile à faire :

- maladie ulcéreuse sans ulcère ?

- gastrite allergique avec phénomènes pancréatiques réveillée par l'épisode infectieux actuel ?

- spasmophilie expliquant les douleurs ?

Il ne semble pas s'agir d'une porphyrie ou d'une porphyrinurie".

Le 30 avril, le Docteur TOULET note :

"Finalement, en dehors de l'épisode aigu récent, qui a peut être correspondu à une réaction pancréatique vraie, je pense que, dans le passé, il s'agissait essentiellement de troubles spasmodiques intestinaux associés à une antrobulbite légère".

En août 1967 la radiographie d'estomac est strictement normale.

A la rigueur, une petite encoche de l'infundibulum (bord interne) pourrait correspondre à une petite lamelle muqueuse incomplète.

Au total, Monsieur CHAR ... a été atteint d'une salmonellose para B qui a été soupçonnée sur les signes cliniques (diarrhée sanglante, fièvre, dissociation du pouls et de la température) et qui a été confirmée par un séro-diagnostic T.A.B.

Le malade était déjà apyrétique avant le traitement par chloramphénicol (10 jours dont 4 à raison de 1 g 50 par jour).

Cette paratyphoïde a vraisemblablement été compliquée d'une réaction pancréatique vraie.

Il est à noter toutefois que :

- les hémogrammes ont montré une hyperleucocytose, puis une neutropénie avec augmentation du taux des monocytes et, tardivement une leucopénie.
- les hémocultures ont toutes été négatives
- les coprocultures n'ont à aucun moment montré la présence de salmonelles.
- un séro-diagnostic T.A.B. a été positif.

OBSERVATION N° 17

108.441

Monsieur SAM ... Georges, 22 ans, étudiant en géographie, de nationalité française, n'ayant fait aucun voyage à l'étranger, est admis à l'H.I. U.P. le 1er octobre 1964 pour fièvre (40° C) depuis 10 jours avec céphalées, vomissements, splénomégalie.

Depuis le 20 septembre environ, le malade se sent de plus en plus fatigué, il n'a pas faim et, lorsqu'il tente de s'alimenter, vomit tout ce qu'il absorbe, il a des céphalées rétro-orbitaires de plus en plus violentes. Il est constipé.

Il consulte un médecin qui l'examine, constate que la gorge est rouge, et conseille un traitement par l'Héxacycline. Le lendemain, la fièvre étant toujours à 40° Monsieur SAM ... est alors traité par pénicilline.

Mais les traitements n'ont aucun effet sur la symptomatologie. Le malade consulte alors au dispensaire de la Résidence Universitaire d'Antony qui le fait admettre à l'Hôpital Universitaire le 1er octobre.

A ce moment, le malade se plaint toujours d'une asthénie importante, (mais il n'existe pas de tymphos) de céphalées rétro-orbitaires, il n'a pas faim et vomit ses aliments quand il mange un peu. Son état général est médiocre. Sa température est de 40°5. Le pouls est dissocié (110) La T.A. est 10,5/5.

Sa gorge est un peu rouge.

L'abdomen est souple mais la fosse iliaque droite est gargouillante et douloureuse à la palpation. Il existe une splénomégalie.

On ne constate aucun signe de souffrance méningée et l'examen neurologique est strictement normal .

Enfin, il existe une petite albuminurie.

A ce tableau clinique déjà très évocateur de fièvre typhoïde va s'ajouter un signe biologique : la leucopénie (sans neutropénie).

Le 2 octobre :

4 360 000 G.R.

3 600	G.B.	12 %	P.L.
69 %	P.N.	15 %	G.L.
2 %	P.E.	2 %	Monocytes
0	P.B.		

L'urémie est normale (0,40 g par litre)

Le 3 octobre, le malade a une épistaxis, de la diarrhée et des taches rosées à la base du thorax.

L'hématurie leucocyturie minute est normale :

I 500 Leucocytes
500 Hématies
I 000 Cellules épithéliales

Le 4 octobre, est commencé un traitement par tifomycine per os aux doses suivantes :

0,25 g par jour le 4 et le 5
0,50 g par jour les 6, 7 8 et 9
0,75 g par jour le 10 et le 11
1 g par jour les 12, 13, 14 et 15 octobre
La V.S. est à 4 à la 1ère heure

10 à la 2ème heure ce qui semble assez inhabituel.

Le bien fondé de ce traitement est confirmé dès le 6 octobre :

Séro-diagnostic T.A.B. positif en T (O) et T (H) (dilution de 1/100 et 1/200)

D'autre part, l'albuminurie est de 1,40 g par 24 h (elle sera nulle dès le 10 octobre et le restera.)

Le 7 octobre, un second séro-diagnostic T.A.B. est positif pour T (O) et (H) jusqu'aux dilutions de 1/400.

Le 8, une des hémocultures faites à l'entrée montre un développement pauvre (en milieu anaérobie) de : SALMONELLA TYPHI

Aussi, une électrophorèse des protides - prélèvement du 2 octobre -

Albumine	43 %
α_1 Globulines	9 %
α_2 "	12 %
β "	16 %
γ "	20 %

Le 10 octobre, la température (qui a fait une chute progressive depuis le début du traitement par tifomycine) est normale (37° le matin, 37°2 le soir).

L'hémogramme fait constater une remontée du taux des leucocytes. Cependant une neutropénie apparaît ainsi qu'une augmentation du nombre des petits et grands lymphocytes ainsi que des monocytes :

4 230 000	G.R.		
4 400	G.B.		
38 %	P.N.	13 %	P.L.
1 %	P.E.	17 %	G.L.
0	P.B.	16 %	Monocytes

La V.S. s'accélère modérément 12 à la 1ère heure
34 à la 2ème heure

Le 15 octobre : nouvel hémogramme :

3 980 000	G.R.		
5 600	G.B.		
30 %	P.N.	28 %	P.L.
1 %	P.E.	33 %	G.L.
0	P.B.	8 %	Monocytes

La V.S. est 16 à la 1ère heure
36 à la 2ème heure

L'électrophorèse des protides a peu varié :

	Albumine	43 %
α_1	Globulines	7 %
α_2	"	13 %
β	"	14 %
γ	"	23 %

Le 16 octobre, un troisième séro-diagnostic T.A.B. est positif, mais cette fois seulement à une dilution assez faible (1/100) pour T (O) et (H).

La tifomycine est alors arrêtée après 6 jours d'apyrexie.

Le 17, nouvelle électrophorèse des protides :

	Albumine	43 %
α_1	globulines	7 %
α_2	"	13 %
β	"	14 %
γ	"	23 %

Le 20, l'état général est très bon, il n'existe plus aucun signe digestif.

La T.A. est restée normale tout au long de l'évolution.

Le 21 octobre, une coproculture montre la présence de colibacilles, de staphylocoques ne donnant pas de réaction positive à la staphylocoagulase (mais virant toutefois le milieu de Chapman) et de nombreux champignons type endomycètes. Absence de salmonelles et shigelles.

Le 23, la leucopénie est franchement atténuée (par rapport aux hémogrammes précédents), le taux des polynucléaires neutrophiles a augmenté :

4 120 000 G.R.

6 800 G.B.

40 % P.N.

0 P.E.

0 P.B.

20 % P.L.

29 % G.L.

11 % Monocytes

La V.S. est 10 à la 1ère heure

20 à la 2ème heure

L'électrophorèse des protides montre :

Albumine	54 %
α_1 globulines	5 %
α_2 "	10 %
β "	13 %
γ "	18 %

Il est à noter que des examens d'expectorations ont été faits : résultat négatif.

Des cultures sur milieu de Löwenstein des expectorations (les 3, 5 et 7 octobre) et des urines (aux mêmes dates) n'ont pas poussé jusqu'au 50^e jour.

Le malade sort guéri le 6 novembre 1964.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde évocatrice d'emblée cliniquement et biologiquement.

Elle a été suspectée sur les signes fonctionnels et cliniques (asthénie, anorexie, céphalées, vomissements, fièvre avec pouls dissocié, splénomégalie, fosse iliaque droite gargouillante puis un peu plus tard épistaxis, diarrhées, taches rosées à la base du thorax) ainsi que biologiquement (leucopénie).

Elle a été confirmée par 3 séro-diagnostics TAB. (aux 15ème et 26ème jours de la maladie) et par une hémoculture positive (bien que faiblement) malgré le traitement - antérieur à l'hospitalisation - d'héxacycline puis de pénicilline.

Il est à noter que les coprocultures sont restées négatives.

Le traitement par tifomycine per os à doses progressives a duré 12 jours dont 4 à raison de 1 g de chloramphénicol par jour.

Il n'y a eu aucune complication.

Enfin, on n'a retrouvé ni antécédent, ni contagé.

OBSERVATION N° 18

I83.688

Madame MENT ... Rita, 33 ans, de nationalité française, originaire d'Algérie, sans profession (ménagère) est admise à l'H.I.U.P. le 9 septembre 1969 à la demande de son médecin traitant pour suspicion de fièvre typhoïde.

La maladie semble avoir commencé le 30 août 1969 alors qu'elle était en vacances dans le Sud de l'Espagne : le matin, au réveil, elle ressent :
- une céphalée périorbitaire permanente
- des nausées.

Elle vomit une fois la nourriture qu'elle avait absorbée.

Elle est fiévreuse et a des frissons, elle "claque des dents" (la température n'a pas été prise).

Elle rentre à Paris : ses vacances sont terminées et elle préfère être soignée chez elle.

Le 31 août, fièvre et céphalées sont très mal supportées. Elle se plaint aussi de lombalgies.

Le 1er septembre, se sentant de plus en plus fatiguée, elle consulte son médecin qui demande un hémogramme:

4 180 000 G.R.	43 % P.N.
3 700 G.B.	0 % P.E.
	41 % Lymphocytes.

Il fait alors faire à Madame MENT ... trois injections intramusculaires de thiamphénicol.

Malgré ce traitement la fièvre persiste, irrégulière, sans rythme

précis (entre 38° et 39°5).

Elle a toujours des frissons intenses par accès de 45 minutes environ précédés d'une sensation de chaleur péri-buccale et suivis d'une grande crise sudorale.

Elle consulte alors un second médecin qui la fait hospitaliser le 9 septembre

A son entrée, elle est prostrée, elle répond aux questions mais lentement et d'une voix faible.

L'anamnèse retrouve plusieurs possibilités de contagé :

- absorption de moules

d'eau du robinet

de fromage de chèvre.

Elle n'a pas été vaccinée contre la fièvre typhoïde.

Elle se plaint toujours de céphalées, d'asthénie, de fièvre avec frissons.

Elle n'a pas de trouble digestif. Elle n'a eu ni épistaxis ni vomissement sanglant.

A l'examen :

- la langue est saburrale
- la température est de 39°2 avec pouls dissocié (88)
- la T.A. est normale bien qu'un peu basse : 10/6
- il existe une splénomégalie douloureuse
- l'abdomen est sensible à la palpation et la fosse iliaque droite gargouillante

On demande alors un frottis sanguin et une goutte épaisse (absence d'hématozoaires), des hémocultures (malgré le traitement en ville par thiamphénicol) et un hémogramme (leucopénie) :

3 800 000 G.R.

5 800 G.B.

9 % P.L.

60 % P.N.

19 % G.L.

0 P.E. et P.B.

12 % Monocytes

La V.S. est 58 à la 1ère heure

88 à la 2ème heure

L'urée sanguine est 0,30 g par litre.

Devant les signes fonctionnels et cliniques ainsi que la leucopénie, on commence un traitement par chloramphénicol per os à doses progressives :

0,50 g le 11 septembre

0,75 g le 12 septembre

1,25 g le 13 septembre

1,75 g le 14 septembre

2 g le 15 septembre

1,75 g du 16 au 19 septembre inclus.

Le jour même le séro-diagnostic T.A.B. est positif en T (H) aux dilutions de 1/100 et 1/200,

Le lendemain (12 septembre) les hémocultures montrent la présence de : *SALMONELLA TYPHI* en forme V sensibles à :

- | | |
|---------------------|-------------------|
| - acide nalixidique | - colimycine |
| - gentamycine | - streptomycine |
| - céphalotine | - ampicilline |
| - kanamycine | - chloramphénicol |

Le culot urinaire montre quelques cellules épithéliales et quelques leucocytes altérés, de nombreuses hématies (une dizaine par champ) la plupart altérées.

L'uroculture est négative.

Le 19 septembre, la malade sort sur sa demande et le traitement sera continué à raison de 1,75 g de chloramphénicol par jour per os jusqu'au 10 octobre "date à laquelle elle ne présentait plus aucun trouble si ce n'est une anémie normochrome modérée sans traduction clinique".

Au total, il s'agit donc d'une fièvre typhoïde suspectée sur les signes fonctionnels (prostration, asthénie, céphalées, myalgies), cliniques (fièvre avec pouls dissocié, frissons, sudation, splénomégalie, fosse iliaque droite gargouillante) et biologique (leucopénie).

Elle a été confirmée par un séro-diagnostic T.A.B. et plusieurs hémocultures positives. Le traitement a été de durée assez inhabituelle (30 jours) par chloramphénicol.

L'évolution a été simple sans complication.

La guérison a été complète.

Monsieur BES ... René, 72 ans, de nationalité française, est transféré le 23 juillet 1968 à l'H.I.U.P., venant de l'Hôpital de PONTOISE, pour fièvre avec diarrhée et douleur de l'hypocondre droit.

Les troubles ont en fait commencé le 10 juillet par une diarrhée importante.

Le 14 au soir, il consulte le médecin de la Clinique Médicale de Gériatrie d'ENNERY (localité où il réside). Il a vomé, il se plaint de céphalées. Il est alors fébrile (39°), sa T.A. est normale (11,5 - 6) sa langue est saburrale. L'abdomen est indolore sauf au niveau de l'hypocondre droit où il existe une sensibilité à la palpation. La rate n'est pas perçue.

L'auscultation ne montre aucune anomalie.

Il est mis à la diète hydrique pendant 24 heures avec traitement d'acide acétylsalicylique, puis avec ferments lactiques.

Des hémocultures sont négatives ainsi qu'un séro-diagnostic T.A.B.

L'hémogramme montre une absence d'hyperleucocytose contrastant avec la fièvre:

6 100 000	G.B. par mm ³	
64 %	P.N.	30 % Lymphocytes
4 %	P.E.	2 % Monocytes
0	P.B.	

L'examen des selles montre la présence de candida pathogènes avec flore iodophile importante et flore rouge prédominante (17 juillet).

La bilirubine totale est 4 mg par litre

Test Kunkel phénol : 28 U.V.

Test de Gros : négatif à 2 ml

Cholestérol total : 2,55 g par litre

Absence de sels et pigments biliaires dans les urines.

On traite alors par nystatine.

Mais Monsieur BES ... est peu coopérant voire opposant. Il est alors hospitalisé à PONTOISE le 20 Juillet.

A son arrivée, il est toujours fébrile (40° C) Le pouls est dissocié de la température (70) La T.A. est normale (12/7) Le malade n'est pas obnubilé mais son asthénie est marquée. Le foie est considéré comme "un peu gros".

Les urines sont claires.

Il ne reçoit aucun traitement pendant 24 heures : 6 hémocultures sont faites pendant ce temps (elles seront toutes négatives).

Le 21, on commence un traitement par pénicilline : 5 millions d'unités
colimycine : 2 millions d'unités

par jour, par voie intra-musculaire, sans aucun effet thérapeutique. Cependant, si la fièvre ne cède pas, le malade n'a plus de diarrhée.

Il est alors transféré à l'H.I.U.P. où il est admis le 23 juillet.

A son arrivée, il est conscient, son teint est jaune paille. Il est très fatigué, n'a aucun appétit, et a maigri de 6 kilos en 6 semaines. Sa température est de 38°5 avec dissociation du pouls (62) .

L'abdomen est souple, légèrement ballonné.

Il existe une sensibilité de l'hypocondre droit qui amène à consulter le chirurgien de garde dont l'avis est qu'il s'agit d'un problème non chirurgical.

La radiographie pulmonaire montre une lobite supérieure droite rétractile qui évoque le diagnostic de cancer bronchique.

Le 24 juillet, l'hémogramme montre cette fois une hyper leucocytose :

II 400 G.B.

84 % P.N.

0 P.E. et P.B.

II % P.L.

5 % G.L.

0 Monocytes

Hématocrite 42 %

V.S. 38 à la 1ère heure

66 à la 2ème heure

Urée sanguine : 0,64 g par litre

Ionogramme : Chlore 101 mEq par litre

Sodium 137 mEq par litre

Potassium 5,5 mEq par litre

Présence d'albumine et de sels biliaires dans les urines où il existe aussi de rares leucocytes et pas de germe.

Le 26 juillet :

- coprocultures négatives
- urée sanguine 0,38 g par litre
- calcémie 92 mg par litre
- phosphorémie 42 mg par litre

Le 29 juillet, bilan hépatique :

- bilirubine totale 81 mg par litre
- transaminases SGOT 122 U
SGPT 143 U
- phosphatases alcalines 19 U.B.
- fer sérique 40 µg
- taux de prothrombine 80 %
- protides totaux 63 g par litre
 - Albumine 29 g
 - Globulines 34 g
- Rapport $\frac{A}{G}$ 0,85

A l'électrophorèse des protides :	Albumine	33 %
	α_1 globulines	2 %
	α_2 "	4 %
	β "	19 %
	γ "	42 %

Cholestérol total 1,62 g par litre

Lipides totaux 5,28 g par litre

Dans la soirée, un séro-diagnostic T.A.B. (prélèvement du 25) revient positif en A (H) aux dilutions de 1/100, 1/200 et 1/400.

On arrête alors le traitement par pénicilline-colimycine et on institue un traitement par chloramphénicol per os à doses progressives :

0,50 g le 30 juillet

0,75 g le 31 juillet

1 g le 1er août

1,50 g le 2 et le 3 août

1,75 g le 4 août

2 g le 5 août

Cependant, le 1er août, alors que le traitement n'est que de 1g de tifomycine, il se produit une élévation thermique avec douleur de l'hypocondre droit.

Le 2, tout rentre dans l'ordre et la température est 37°4 le matin. Une rectoscopie ne montre aucune anomalie pour les 5 premiers centimètres, l'examen n'ayant pu être poussé plus loin à cause de la présence de matières.

Le 3 août, examen d'expectoration qui contient des cocci gram + et des bacilles gram - ainsi que des spores de champignons.

Cultures sur milieux usuels : développement pauvre de colibacilles
Culture sur milieu de Sabouraud : développement pauvre de spores de candida
Cultures sur milieu de Löwenstein : négatives.

Cependant, malgré le traitement l'état du malade reste stationnaire :

asthénie intense, douleur de l'hypocondre droit, fièvre (38°5).

Dans la nuit du 5 au 6 août, à l'occasion d'une selle diarrhéique le malade fait un collapsus (T.A. imprenable). L'électrocardiogramme fait en urgence montre une onde de P décalée dans la dérivation D1, sans autre anomalie.

L'hématocrite est 38 %, ce qui semble éliminer une hémorragie massive.

Peut-être s'agit-il d'un choc toxique au moment où la dose de chloramphénicol atteint 2 g par jour.

Il est alors traité par de l'hémisuccinate d'hydrocortisone (300 mg par 24 heures) en perfusion veineuse.

Puis, on supprime le chloramphénicol per os pour le remplacer par de l'hémisuccinate de chloramphénicol hydrosoluble par voie veineuse:

1 g le 6 et le 7 août

1,50 g par jour du 8 au 12 août inclus.

Puis, on revient au chloramphénicol per os :

0,50 g le 13 août

1,50 g par jour du 14 au 31 août inclus.

L'hémisuccinate d'hydrocortisone est remplacé par de la prednisone aux doses de :

10 mg le 13 août

20 mg par jour du 14 au 18 août inclus

15 mg par jour les 19 et 20 août

10 mg le 21 août

5 mg par jour le 22 et le 23 août.

Le 24, arrêt de la prednisone.

Pendant ce temps, l'état du malade s'est franchement amélioré. Sa température est normale, sa tension artérielle stable. L'auscultation cardiaque ne montre pas d'anomalie. Il n'a ni diarrhée ni constipation. La bilirubine totale est 7,5 mg par litre le 5 août. Il persiste une discrète hyperleucocytose :

Le 6 août

9 600	G.B.	5 %	P.L.
89 %	P.N.	1 %	G.L.
0	P.E. et P.B.	5 %	Monocytes

Hématocrite 40 %

V.S. 23 à la 1ère heure
50 à la 2ème heure

Le 13 août :

10 300	G.B.		
72 %	P.N.	12 %	P.L.
1 %	P.E.	8 %	G.L.
0	P.B.	7 %	Monocytes

Hématocrite 36 %

Mais entretemps, le 9 août, l'hémogramme a montré une leucopénie.

5 600	G.B.		
68 %	P.N.	19 %	P.L.
2 %	P.E.	3 %	G.L.
0	P.B.	8 %	Monocytes

Hématocrite 40 %

V.S. 11 à la 1ère heure
30 à la 2ème heure

Il n'y a plus ni albumine ni sels biliaires dans les urines. Il n'y a jamais eu de pigments biliaires.

Les transaminases diminuent SGOT 150 U.
SGPT 90 U.

Les phosphatases alcalines restent élevées : 20 U.B.

Un second séro-diagnostic T.A.B. est positif en A (H) aux dilutions de 1/100, 1/200 et 1/400.

La radiographie pulmonaire montre toujours une infiltration lobaire supérieure droite en légère régression et une image hilare droite suspecte (adénopathie).

Le 29 août, l'électrophorèse des protéides montre :

Albumine	45 %
α_1 globulines	3 %
α_2 "	13 %
β "	19 %
γ "	20 %

Le 31 août, le malade ne se plaint plus d'aucun trouble, il se lève.

Ses radiographies pulmonaires donnent alors l'impression d'une cavité anfractueuse occupant le lobe supérieur droit mais les tomographies de profil montrent qu'il s'agit en fait, d'une régression non homogène de l'infiltrat.

Le 13 septembre, il existe une double opacité séparée en régression régulière du lobe supérieur droit.

L'état général continue à s'améliorer. Le malade reprend du poids.

Les phosphatases alcalines reviennent à la normale : elles étaient sans doute l'un des signes du tableau rétionnel en rapport avec le cholecystite. Le malade quitte enfin l'Hôpital le 16 septembre, guéri.

Il s'agit donc, chez un homme de 72 ans, d'une fièvre paratyphoïde A suspectée sur les signes fonctionnels et cliniques (asthénie, anorexie, céphalées, diarrhée, fièvre avec pouls dissocié) ainsi que biologiques (leucopénie au début).

Ce diagnostic a été confirmé par les séro-diagnostic T.A.B. positifs.

Le traitement a été efficace. L'évolution a été compliquée:

- d'une cholécystite
- d'une pneumonie lobaire supérieure droite
- d'un collapsus

ayant tous trois régressé sous traitement.

Toutefois, on remarquera que ni les hémocultures, ni les coprocultures n'ont été positives, qu'il n'existait pas de splénomégalie, que les hémogrammes ont montré à plusieurs reprises une hyperleucocytose.

OBSERVATION N° 20

I23.554

Mademoiselle AYA ... Chedlia, 21 ans, de nationalité tunisienne, étudiante en Sciences Economiques, est hospitalisée le 28 octobre 1966 pour fièvre avec pouls dissocié et céphalées.

Au retour de vacances en Tunisie (de juillet à septembre inclus) elle loge dans un foyer d'étudiantes.

Le 26 octobre, en fin de journée, elle se sent très lasse, elle a la tête lourde et frissonne beaucoup. Elle ne prend pas sa température (et au reste ne se sent pas fébrile).

Le 27 octobre, elle se lève et après un court malaise, perd connaissance pendant quelques minutes. Elle absorbe ensuite une boisson qu'elle vomit aussitôt. Elle a maintenant des céphalées temporales vraies qu'elle supporte mal.

Le 28, elle prend sa température : 39°2 le matin, 39°9 le soir. Elle consulte alors à l'H.I.U.P. où on l'hospitalise.

Depuis le 27, elle n'a pris aucune alimentation, mais a continué à avoir quelques vomissements bilieux.

Il n'y a eu aucun épisode infectieux récent O.R.L. ou cutané, aucun trouble du transit, aucune hémorragie digestive ou autre. Il n'y a pas de notion d'intoxication alimentaire dans son entourage. Enfin, elle n'a aucun signe de troubles rénaux ou urinaires et les urines sont normalement colorées.

Il est à noter toutefois, un certain nombre d'antécédents personnels :

- Elle suit depuis longtemps un régime pour "insuffisance hépatique" et le moindre écart déclenche des brûlures épigastriques (intolérance aux graisses et oeufs).
- En novembre 1965, elle est hospitalisée pour nausées, vomissements lipothymies avec perte de connaissance vraie. La conclusion de sortie est : Syndrome pré-menstruel avec céphalées et manifestations digestives.

Des examens faits lors de l'hospitalisation montrent :

4 050 000 G.R.

3 900 G.B. puis 6 000 (nouvelle numération)

39 % P.N.

24 % P.L.

10 % P.E.

16 % G.L.

0 P.B.

11 % Monocytes

V.S. 26 à la 1ère heure

48 à la 2ème heure

Urée, bilirubine totale, transaminases, test de Gros : normaux.

Ni albumine ni glucose ni sels ou pigments biliaires dans les urines

Mais, Closs 4 +

Les autres examens hépatiques étaient normaux.

Par la suite, elle sera traitée (pour troubles hépato-vésiculaires de type dyskinétiques chez une anxieuse) par Moditen^x et Norbiline^x (22 décembre 1965).

Puis, (6 janvier 1966) traitement pour migraines par Désernil^x et Migristène^x.

Enfin, en avril 1966 : crise de colite spasmodique selon la malade.

Aucun antécédent gynécologique, parasitaire ou autre.

Elle ne sait pas si elle a été vaccinée contre la fièvre typhoïde.

Aussitôt après son hospitalisation, la malade continue à se plaindre de céphalées. Elle ne supporte pas la lumière. Elle a des vomissements bilieux. Elle est très abattue, prostrée sans tufos. Ses lèvres sont desséchées.

Sa langue est saburrale.

La fièvre est à 39°, le pouls dissocié : 80. La T.A. 9/5.

A l'examen clinique la nuque est un peu raide mais il n'existe pas de signe de souffrance méningée (pas de signe de Kernig, ni de Brudzinski, examen neurologique strictement normal sans signe de Babinski). L'auscultation pulmonaire et cardiaque est normale.

L'abdomen est souple, la fosse iliaque droite gargouillante, la rate est nettement palpable (hépatomégalie).

Enfin, un examen soigneux de la gorge montre quelques éléments érythémato-pultacés sur le pilier antérieur droit du voile du palais. On fait aussitôt 8 hémocultures et (étant donné la perte de connaissance, les céphalées, la raideur méningée) une ponction lombaire.

Celle-ci est normale : Albumine 0,10 g par litre

Glucose 0,55 g par litre

1 élément par mm³ (lymphocytes)

+ rares hématies

et la culture du L.C.R. sera négative.

L'hémogramme est déjà évocateur:

5 400 G.B.

dont 71 % P.N.

0 P.E. et P.B.

10 % P.L.

16 % G.L.

3 % Monocytes

V.S. 52 à la 1ère heure

82 à la 2ème heure

Urémie normale.

Traces de pigments biliaires dans les urines mais pas de sels biliaires.

Les transaminases sont un peu augmentées SGOT 60 Unités

SGPT 45 Unités

Les phosphatases alcalines sont de 3 U. Bodanski

La bilirubine totale : 12 mg

Il n'y a, le 31 octobre, ni sels ni pigments biliaires dans les urines qui sont de couleur et de quantité (1900 ml/24 h) normales.

Un autre hémogramme montre une accentuation de la leucopénie avec cette fois, neutropénie :

4 000 G.B.

dont 32 % P.N.

50 % P.L.

0 P.E. et P.B.

18 % G.L.

0 Monocytes

On évoque alors une fièvre typhoïde et la malade reçoit un traitement progressif par hémisuccinate de chloramphénicol intra veineux :

0,50 g le 31 octobre

0,50 g le 1er novembre

0,75 g le 2 novembre.

De plus, le 2 novembre, elle reçoit 15 millions d'unités de pénicilline et 3 millions d'unités de colimycine.

Le 3 novembre, la malade vomissant moins, on passe à un traitement per os : Chloramphénicol 1 g le 3 et 4 novembre

1,5 g le 4 et 5 novembre

2 g du 6 au 20 novembre inclus

et Terramycine (750 mg).

Dès le 3 novembre une hémoculture faite à l'entrée revient positive

SALMONELLA PARATYPHI A

Le 4, l'hémogramme montre une persistance de la leucopénie :

5 600 G.B.

38 % P.N.

39 % P.L.

0 P.E. et P.B.

19 % G.L.

4 % Monocytes

Hématocrite 38 %

Les transaminases sont normales SGOT 43 Unités

SGPT 35 Unités

Les phosphatases alcalines n'ont pas varié : 3 U.B.

Le 8, on note une défervescence (6 jours après le début du traitement) la malade est beaucoup mieux mais présente depuis 48 heures des accès de pâleur et des sueurs importantes. La T.A. est 9/5.

Du point de vue biologique :

leucopénie

3 700 G.B.

neutropénie

39 % P.N.

32 % P.L.

I % P.E.

24 % G.L.

I % P.B.

2 % Monocytes

Deux autres hémocultures (des 28 et 29 octobre) sont positives mais un séro-diagnostic T.A.B. (fait le 3 novembre : c'est-à-dire au 8ème jour de la maladie) est négatif.

Un second séro-diagnostic sera fait au 15ème jour de la maladie mais sera aussi négatif.

L'évolution est alors satisfaisante : la malade reste apyrétique mais la leucopénie (3 000 G.B. le 10 novembre, puis 2 800 le 15) et la neutropénie (40 puis 29 %) ainsi que l'apparition d'une anémie (3 520 000 G.R. le 15) déterminent un arrêt du traitement par la tifomycine le 14 décembre et son remplacement par la PENICLINE^x : 1,50 g par jour

Une coproculture faite le 5 novembre est revenue négative en ce qui concerne salmonelles et shigelles mais montre une prédominance de la flore Gram -, la présence de colibacilles et de champignons de type endomycètes. Une autre coproculture sera négative aussi montrant seulement la présence de spores de champignons.

D'autre part, pas de parasites dans les selles malgré une éosinophilie à 9 % le 28 novembre.

Le fer sérique est de 188 µg

Le 1er décembre, on arrête le traitement par pénicilline, l'état général de la malade étant satisfaisant, bien qu'on note, sur le plan biologique le 2 décembre :

3 840 000 G.R.

4 900 G.B.

33 % P.N.

50 % P.L.

10 % P.E.

4 % G.L.

0 P.B.

3 % Monocytes

Dans la semaine du 7 au 15 décembre, la malade se plaint à nouveau d'asthénie, de nausées, de vomissements intermittents d'une douleur de l'hypocondre droit irradiant dans le dos.

L'apyréxie persiste mais l'examen clinique décèle une douleur nette lors de la manoeuvre de Murphy et l'on sent, à la palpation, une discrète tuméfaction très vraisemblablement vésiculaire.

On reprend alors le traitement par tifomycine per os à doses progressives :

1 g les 7 et 8 décembre

1,50 g les 9 et 10 décembre

2 g les 11, 12 et 13 décembre

puis, devant une leucopénie importante (3 700 G.B.) et une neutropénie (46 % P.N.) on décide de remplacer ce traitement par la péniciline (6 comprimés par jour du 14 décembre 1966 au 23 janvier 1967 inclus) associée à la streptomycine (1 g par jour pendant le même temps sous forme de DIDROMYCINE^x).

Une nouvelle coproculture est toujours négative (5 autres faites au cours de l'évolution, le seront tout autant).

Les transaminases sont normales SGOT 25 unités

SGPT 23 unités

La bilirubine est à 16 mg par litre

Le 15 décembre, la douleur vésiculaire a disparu. La malade vomit encore un peu par intermittences et se plaint de vertiges survenant à l'effort mais il n'existe plus de tuméfaction vésiculaire.

Une splénomégalie refait cependant son apparition, elle est cette fois légèrement douloureuse spontanément.

Le 20 décembre, l'état général est médiocre. Splénomégalie douloureuse et vomissements nombreux intermittents persistent.

Le 29 décembre, on ajoute au traitement (Péniciline + Steptomycine) du Thiamphénicol (6 comprimés à 250 mg par jour du 29 décembre 1966 au 23 janvier 1967 inclus).

L'état général s'améliore progressivement mais la leucopénie persiste : le 2 Janvier

3 800 C.N.

30 % P.N.

13 % P.E.

2 % P.B.

29 % P.L.

20 % G.L.

6 % Monocytes

V.S. 16 à la 1ère heure

40 à la 2ème heure

Il n'existe plus d'anémie : 4 400 000 G.R.

Une cholécystographie (faite le 12 janvier) est strictement normale.

La malade sort enfin guérie le 24 janvier.

Au total, il s'agit d'une fièvre Para-typhoïde A suspectée sur les signes fonctionnels et cliniques (fièvre avec frissons, dissociation du pouls et de la température, splénomégalie, céphalées, vomissements, asthénie) et la leucopénie, confirmée par trois hémocultures positives, compliquée d'une cholécystite et pour laquelle le séro-diagnostic T.A.B. et les coprocultures sont restés négatifs.

Le traitement a été fort long associant tifomycine, et terramycine, puis péniciline et streptomycine auxquelles on ajoute du thiophénicol.

Il a abouti à la guérison de la malade.

Explication du tableau : SIGNES DE DEBUT

Il nous a paru utile de grouper les signes de début selon le schéma :

- signes fonctionnels
- signes physiques
 - inspection au pied du lit du malade
 - inspection de près
 - examen des bouches et crachoirs
 - palpation et percussion
 - utilisation de thermomètre
tensiomètre
- signes de laboratoire

OBSERVATION N°	1	2	3	3 bis	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Germe	ST	ST	ST	ST	ST	ST	PARA B	PARA B	PARA A	ST	ST	PARA A	PARA A	ST	ST	ST	PARA B	ST	ST	PARA A	PARA A
Détermination du germe	Hémoculture séro Diagnostic	Hémoculture (tardivement) séro Diagnostic	Hémoculture séro Diagnostic	Hémoculture séro Diagnostic	Hémoculture séro Diagnostic	Coproculture séro Diagnostic	Hémoculture Coproculture séro Diagnostic	Hémoculture séro Diagnostic	Hémoculture	Hémoculture Coproculture séro Diagnostic	Hémoculture séro Diagnostic	Hémoculture Coproculture séro Diagnostic	Séro Diagnostic	Hémoculture séro Diagnostic	Hémoculture	séro Diagnostic	séro Diagnostic	Hémoculture séro Diagnostic	Hémoculture séro Diagnostic	séro Diagnostic	Hémoculture
Nationalité du malade	Française	Libanaise	Tunisienne		Allemande	Allemande	Française	Narvéglisme	Brésilienne	Française	Française	Allemande	Tunisienne	Française	Française	Française	F.O.M. Martinique	Française	Française	Française	Tunisienne
Sexe	H	H	H		F	H	F	H	H	F	F	H	H	H	F	H	H	H	F	H	F
Voyage	non	Moyen Or.				Jordanie	Afghanistan		Maroc	Afghanistan					Espagne Sud	Algérie			Espagne Sud		
Contage	huîtres										Eau de ci-terne		huîtres	Coquillages			+ ancienne				
Vaccination																					
Anorexie	+		+		+	+				+		+	+	+	+	+		+	+	+	
Asthénie			+	+	+	+						+	+	+	+	+		+	+	+	
Céphalées		+		+	+				+		+	+	+	+	+	+		+	+		+
Douleurs F.I.D.	+					Abdominales									+					+	
Douleurs épigastriques		+															+				
Malaise	+	+													+						+ Lipothymie
Myalgies			+												+	+					
Agitation	+																		+		+
Frissons	+		+		+			+				+	+	+							
Insomnie	+							+			+	+	+								
Tuphos											+	Obeubilation				+			+		
Angine											+							+			+
Sudation	+	++		+	+							+		+					+	crises	
Taches rosées abdominales	+													+				+			
Diarrhée	+					+			+	+		+			+		+	constipation puis +		+	
Epistaxis			+	+							+										
Vomissements								+									+	+	+	+	+
F.I.D. garguillante	+	+			+				+		+	+	+	+	+			+	+		
Hépatomégalie		+														+					
Splénomégalie	+	+	+		+		+		+				+	+				+	+	douleurs	
Dissociation pouls température	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+
Fièvre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T.A. basse							+			+					+			+	+		
Hyperleucocytose			9.900 G.B.													11.400 G.B.	9.000 G.B.				
Leucopénie ou absence d'hyperleucocytose	+	+		+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+			+	+	+	+
Neutropénie							49 %													43 %	
V.S.	43 - 73	41 - 71	3 - 16	25 - 51	93 - 125	38 - 70	20 - 42	13 - 22	18 - 46		22 - 48	25 - 54	35 - 60	6 - 14	40 - 84	15 - 25		4 - 10	58 - 88	38 - 66	52 - 82
Autres		Toux Anomalie du fond d'œil			Dysurie					Toux	Arthralgies Raideur de la nuque			Douleur thoracique gauche/inspiration profonde		Subictère conjonctiv.			Lombalgies	Teint jaune paille	

L'EVOLUTION

Nous avons voulu dresser un tableau des points marquants de l'évolution :

- positivité de l'hémoculture
- positivité des coprocultures
- positivité du séro-diagnostic
- apparition des complications.

Observations	1	2	3	3 bis rechute	4	5	6	7	8	9	10
Hémo- culture	Salm. + Typhi	Salm. + Typhi tardivt.	Salm. + Typhi	Salm. + Typhi	Salm. + Typhi	?	Para, + T.B.	Para. + T.B.	Para + T.A.	Salm. + Typhi	Salm. + Typhi
Copro- culture						Salm. + Typhi	Para + T.B.			⊕	
Séro Δ T.A.B.	Para + B	+	Salm. + Typhi	+	+ T(O)	+T(O)	+T (H)	+B(O) H		+T(O) H	+T(O) H
Compli- cations			1 rechute							Anémie Hémolyt. Collapsus	

Observations	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Hémo- culture	Para + T.A.		Salm. + Typhi	Salm. + Typhi			Salm. + Typhi	Salm. + Typhi		Para + T.A.
Copro- culture	+									
Séro Δ T.A.B.	+ T(O)	+ Para T.A.	+ T(O) H		+ T (H)	+ B (O)				
Compli- cations			Myocardite Cholecys- tite		Hépatite	Réac- tion Pancré- atique			Cholécys- tite Pneumonie Collapsus	Cholécys- tite

L'Hémoculture

Il semble que ce soit un excellent examen de laboratoire permettant d'affirmer la maladie : en effet, elle est positive dans 16 cas sur 21 (1 cas étant étiqueté 3 et 3bis car rechute du même).

La Coproculture

A l'inverse, la coproculture est peu fréquemment positive (4 cas seulement).

Le séro-diagnosic

Il est fréquemment positif mais présente des anomalies. Positivité dans 18 cas, mais dans 3 cas, désaccord entre cet examen et l'identification certaine du germe par hémoculture ou coproculture.

Les Complications

Elles sont apparues dans 7 observations.

Elles consistent en : 1 rechute

1 myocardite

1 réaction pancréatique

1 hépatite

2 collapsus

3 cholécystites

Elles se produisent en présence de *Salmonella typhi* : 4 cas
Salmonella para typhi A: 2 cas
Salmonella para typhi B: 1 cas

L'Albuminurie

Nous avons noté l'apparition d'une albuminurie (ce qui est connu depuis longtemps) dans 5 cas (observations n° 4, 7, 13, 16 et 17). Cette albuminurie était transitoire (Dans deux seulement de ces observations, on note des complications. On ne peut donc rien en conclure concernant l'albuminurie comme signe de gravité ou annonçant une complication.)

Gravité de l'évolution

Nous n'avons eu à déplorer aucun décès.

L'EXAMEN DU FOND D'OEIL

Il a été fait dans peu d'observations, n'étant pas de pratique courante lors d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde.

Or, dans deux cas, on a noté des anomalies de cet examen. Peut-être serait-il intéressant de voir si - pratiqué systématiquement - cet examen ne pourrait nous fournir un élément intéressant.

Parmi les sujets atteints de fièvre typhoïde ou paratyphoïde dont nous avons cité les observations il existe - contrairement à l'assertion habituelle - plus d'hommes que de Femmes.

Cette inversion n'est qu'apparente car, dans la majorité des cas, il s'agit de sujets n'ayant pas fait leur service militaire soit parce que sursitaires, soit qu'ils possèdent une nationalité étrangère ; ils n'ont donc pas été vaccinés.

Dans un cas la vaccination a dû être faite mais très anciennement (1ère guerre mondiale).

FREQUENCE DE LA MALADIE SELON LES ANNEES A
L'HOPITAL INTERNATIONAL DE L'UNIVERSITE DE PARIS

Le recensement par maladies n'ayant été fait que depuis 1967 dans les trois étages de médecine que comporte l'Hôpital International de l'Université de Paris, les chiffres que nous donnerons ici concerneront un étage pour les années 1964 à 1966 incluses et trois étages pour 1967 à 1970 inclusivement.

Année	Nombre de malades hospitalisés	Nombre de fièvres typhoïdes ou para-typhoïdes	Pourcentage
1964	647	2	0,3 pour cent
1965	617	1	0,15 " "
1966	602	1	0,15 " "
1967	2 130	3	0,15 " "
1968	2 097	4	0,2 " "
1969	2 441	5	0,2 " "
1970	2 341	4	0,15 " "

CONCLUSION

Il semble que nous puissions écrire que la fièvre typhoïde, loin d'avoir disparu, reste présente parmi les maladies traitées dans les établissements hospitaliers et en particulier à l'Hôpital International de l'Université de Paris.

Sa fréquence selon les années est à peu près stable.

Le pronostic des malades traités est favorable malgré la survenue de complications.

La contamination a pu être soupçonnée dans quelques cas, mais nous n'avons aucune preuve de l'exactitude de ces soupçons.

Il n'est pas survenu de résistance au traitement. Cependant, selon Messieurs ACAR, HUMBERT et PISSARO, certaines souches ont présenté une résistance au chloramphénicol sur le plan clinique et il semble que cette résistance soit transmissible.

L'étude des signes de début nous a montré principalement la rareté de l'angine (aucun cas d'angine de Duguet) et l'inconstance de la leucopénie et de la neutropénie.

Tout ceci remet en valeur l'importance de la vaccination contre la fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes. Elle ne présente en effet que des inconvénients mineurs et son efficacité n'est plus à démontrer. Son importance est d'autant plus grande que les voyages nombreux risquent fort de répandre la maladie depuis les pays à hygiène faible dans toutes les zones jusqu'ici peu touchées.

Vu le Président de thèse
Professeur VIG - DUPONT

Vu le Doyen de la Faculté
Professeur BAUMANN

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

J.F. ACAR G. HUMBERT B. PISSARO

"Fièvre typhoïde et paratyphoïde"

Encyclopédie médico-chirurgicale (novembre 1970 8019 A 10.
8019 B 36)

AMATO Achille

"Contribution à l'étude des fièvres typhoïdes à sérologie négative"

1962/135

ANDERSON K.T.

"Ampicillin for typhoid carrier" (correspondance)

British Medical Journal (29 aout 1964 / 2-571

BARIETY COURY THIBAUT LAMELIN

"Dix cas de Typhoïde "

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris
(1960 / 76 - 893 904)

BASTIN R.

"Le diagnostic biologique des infections typho-paratyphoïdiques"

Revue du Praticien (1963 / 3, 19 1349 54)

H. BAYLON R. HUGONOT

"Maladies infectieuses" Tome I

Encyclopédie Médico-Chirurgicale (septembre 1956/8019)

BERN Michel

"Aspects actuels des fièvres typhoïdes"

Thèse médecine Grenoble (1966)

BODENSTAB A.T.

"Treatment of typhosa carriers with Ampicillin"

South Africa Medical Journal (1954 / 38 - 40)

BREMONT Philippe

"Aspects actuels de l'antibiothérapie des fièvres typhoïdes"

Thèse Paris (1967)

CHRISTIE A.B.

"Treatment of typhoid carriers with Ampicillin"
British Medical Journal (1964 / 1 : 1609)

R.B. HORNICK S.E. GREISMAN T.E. WOODWARD M.L. du PONT A.T. DAWKINS et
M.J. SNYDER

The New England Journal of Medicine (24 septembre 1970 / Volume
283 n° 13)

JANBON M.

"Le traitement des fièvres typhoïdes"
Revue du Praticien (1964 / IX p 1101 III4)

KOSTIC Anjelija

"Fièvre typhoïde et séro-diagnostics négatifs"
Thèse de Doctorat Paris (1963)

LAGRUTTA A. et al

"Hemolysis in typhoid fever"
British Medical Journal (15 avril 1967 / 2 : 175)

LEVENEZ Robert

"Infections typhiques et paratyphiques il y a 30 ans et aujourd'
hui"
Thèse (1961 / 219)

MEANS J.H.

"Reflections on typhoid fever"
King Collection Hospital Gazette (1960 / 39 - 270 278)

MILLIEZ P. BONNENFANT I.

"Les maladies infectieuses"
Flammarion Editeur Paris (1955)

PECQUIGNOT

"La fièvre typhoïde"
Concours Médical (5 décembre 1953)

PEYRAFERT Jean

"Contribution à l'étude des séro-diagnostics dans les fièvres
typho-paratyphoïdiques et leurs variations au cours du traite-
ment par la Chloromycétine"
(1953 / 147)

DOMART A.

"Aspects actuels de la fièvre typhoïde"

Journées Médicales annuelles de Beaujon Clichy (1961 / 9 - 16)

DOMART HAZARD BIENVENISTE

"Traitement actuel de la fièvre typhoïde"

Vie Médicale (1964 / 45 - 607 - 624)

DE PARIS Maurice ARDAILLON Raymond

"Fièvres typhoïdes : Etude critique d'épidémiologie appliquée"

Paris Masson (1958)

DUMONT

"Orchite dans la fièvre typhoïde"

Thèse Paris (1968)

FASQUELLE R. LE MINOR L. BOURDON J.

"Les salmonelloses"

Revue du Praticien (1961 / XI - 1853 1866)

FREITAG J.L.

"Treatment of chronic carriers by cholecystectomy"

Public Health Report (1964 / 75 ;567)

GOLDFARB Georgette

"Contribution à l'étude de la vitesse de sédimentation dans les infections typho-paratyphoïdiques"

Thèse (1957 / 752)

HORNICK et al.

"Typhoid fever : pathogenesis and immunologic control"

The New England Journal of Medicine (1er octobre 1970 / Volume 283 n° 14)

ROBERTSON R. et al.

"Influence du chloramphénicol et de l'Ampicilline sur la réponse des anticorps fièvres typhoïdes et paratyphoïdes"

Annales Internationales Médicales (21 février 1970 / 72 : 219 21)

ROUSSEAU Maurice

"Complications pulmonaires dans les affections Eberthiennes"

Thèse Paris (1953)

RULLIERE R.

"La fièvre typhoïde"

Gazette des Hôpitaux (31 décembre 1955 / 1159)

SANDERS W.L.

"Treatment of fever typhoid : comparative trial of Ampicillin and
Chloramphenicol"
British Medical Journal (1965 / 2 : I226)

SHOWACRE J.J. HOPPS H.E. du BUY H.G. et al.

"Effects of antibiotics on intra-cellular salmonella"
1 - Demonstration by phase microscopu of prompt inhibition of intra
cellular multiplication.
Journal Immunologic (1961 / 87 : I53 I74)

SORENSEN K. WAHAB M.F.A.

"Evaluation of intra-muscular Ampicillin in the treatment of
salmonella enteric fever"
Clin. Res. (1970 / I8 ; 447).

